



Un Réseau d'Expertise

ANNEXES AU 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

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE.....	3
ANNEXE 2 : PRESENTATION DE L'EQUIPE D'EXPERTS	14
ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE ET LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	16
BIBLIOGRAPHIE	16
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	20
ANNEXE 4 : RAPPORTS DE MISSION PAYS	26
RAPPORT DE MISSION BENIN	27
RAPPORT DE MISSION AU BURKINA FASO	53
RAPPORT DE MISSION REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	83
RAPPORT DE MISSION OUGANDA	104
ANNEXE 5 : MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE	120

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE



Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES C.C.T.P . N° 06 /2013

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

NOTE LIMINAIRE

La présente évaluation entre dans le cadre des évaluations stratégiques menées par la Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats. L'évaluation «*des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*» permettra d'analyser l'existant, d'informer les citoyens et d'orienter les engagements ultérieurs du ministère des Affaires étrangères (MAE).

L'évaluation est un exercice basé sur une analyse rétrospective et prospective, confiée à un prestataire extérieur, sélectionné après une mise en concurrence. Elle est réalisée sous la conduite d'un comité de pilotage susceptible d'apporter un éclairage sur l'objet de l'évaluation.

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est une institution financière internationale dont la mission est de collecter puis d'allouer des ressources pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme.

Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial a engagé près de 23 milliards de dollars en appui à 1000 projets dans 150 pays.

Le Fonds mondial 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 également le renforcement des systèmes de santé, indispensable à l'intensification des interventions destinées à améliorer la situation sanitaire des populations touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Le Fonds mondial a permis de faire accéder au traitement antirétroviral du VIH plus de 4,2 millions de personnes (contre 50.000 en 2002) et de financer la mise à disposition de 310 millions

de moustiquaires pour prévenir la transmission du paludisme, conduisant à une réduction de plus de 30% de la mortalité des enfants dans certains pays.

La lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles est l'une des priorités de la France pour son aide au développement dans le champ de la santé, avec une contribution financière parmi les plus importantes au monde et un engagement politique historique fort pour les droits des personnes concernées par ces pandémies, en particulier pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins.

Le canal principal de l'appui de la France à cette lutte est le canal multilatéral, avec un engagement annuel de 360M€ (triennum 2011-2013) auprès du Fonds mondial, dont elle est membre fondateur (deuxième contributeur après les Etats-Unis)¹.

Une partie de la contribution française au Fonds mondial prend une forme indirecte grâce à l'« Initiative 5% sida, tuberculose, paludisme », mise en place en 2011 et gérée par l'opérateur France Expertise Internationale² sous la tutelle du ministère des Affaires étrangères.

Celle-ci permet de mobiliser jusqu'à 5% de la contribution française (soit 18M€ annuels) pour répondre aux demandes émanant des pays francophones en expertise technique 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.

A ce jour, cette initiative a permis à 22 pays de bénéficier de missions d'assistance technique de court terme et 12 projets de long terme devraient être mis en place dans 20 pays au cours de l'année 2013.

Acteur dynamique au sein du Conseil d'administration où elle occupe un siège (sur vingt), la France l'est aussi au niveau des pays bénéficiant de subventions du Fonds mondial par le biais de sa participation aux instances de coordination nationale (ICN). Elle y est représentée par ses conseillers régionaux de coopération en santé (CRCS), par nos experts techniques internationaux ou par nos ambassades dans 25 pays.

Depuis 2011, le Fonds mondial s'est engagé dans une importante réforme de son fonctionnement, non seulement grâce à une restructuration de son Secrétariat à Genève, mais également à travers la refonte de son modèle d'allocation des financements. Le Fonds a ainsi abandonné son système traditionnel de « séries », selon lequel les appels à candidature étaient publiés annuellement (mettant l'ensemble des pays en compétition), pour adopter un système ouvert et continu, permettant aux pays de soumettre leurs demandes à tout moment. Les financements disponibles par pays seront prédéfinis par le Secrétariat et précisés dans le cadre d'un dialogue itératif avec chacun des pays. Ces transformations profondes ont des conséquences importantes à la fois pour les pays bénéficiaires et pour les bailleurs dans le suivi stratégique de leurs contributions au Fonds. En outre, l'ensemble des contributeurs devront se prononcer à nouveau sur leurs engagements financiers pour le triennum 2014-2016 lors de la reconstitution des ressources du Fonds prévue à l'automne 2013.

L'évaluation des contributions françaises au Fonds mondial répond à la demande d'information des citoyens, relayée par le Parlement et la Cour des comptes, sur l'utilisation des fonds publics et à la nécessité d'informer la stratégie internationale de développement de la France dans l'un de ses secteurs prioritaires.

¹ La France est également contributeur majoritaire à la Facilité internationale d'achats des médicaments UNITAID, avec une contribution annuelle de 110M€. Les versements français auprès du Fonds mondial depuis sa création en 2002 s'élèvent à plus de 2,5 Mds€.

² Pour plus d'informations : <http://www.initiative5pour100.fr/en/>

2. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs visés par cette évaluation sont les suivants :

- i) **analyser les résultats des interventions financées par le Fonds mondial et la qualité du dispositif mis en place pour leur mesure dans les pays prioritaires de l'aide publique au développement française (voir champ géographique au 3.) ;**
- ii) **analyser l'action du Fonds mondial dans les pays prioritaires de l'aide publique au développement française ;**
- iii) **analyser la cohérence entre l'action du Fonds mondial et les priorités thématiques de la France ;**
- iv) **établir une analyse prospective des défis liés au changement de modèle d'allocation des financements du Fonds ;**
- v) **évaluer le concours de la France aux orientations du Fonds mondial ainsi que l'efficacité de son dispositif de suivi.**

3. CHAMP DE L'ÉVALUATION

Le **champ temporel** de l'évaluation s'étend de 2008 à aujourd'hui (trois séries d'appels à projets entre 2008 et 2010).

Le **champ géographique** couvre essentiellement les **17 pays prioritaires de l'aide publique au développement française**³: Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Ghana, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, République Centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo (**pays dit « CICID »**) ; ainsi que quatre pays en situation de sortie de crise : l'Afghanistan, la Birmanie, Haïti et les Territoires palestiniens.

Des missions seront réalisées dans quatre pays, qui pourraient par exemple être le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso (pays CICID) ainsi que l'Ouganda dans une perspective comparative.

4. CAHIER DES CHARGES DE L'ÉVALUATION

Le cahier des charges de la présente évaluation se décline en cinq parties correspondant aux objectifs de l'évaluation (point 2).

Des **recommandations argumentées** seront formulées pour chacune de ces parties.

4.1 Analyse des résultats des interventions financées par le Fonds mondial et de la qualité du dispositif mis en place pour leur mesure dans les pays « CICID ».

Le Fonds mondial s'appuie sur des centaines de partenaires – gouvernements, donateurs, bénéficiaires, agences techniques, secteur privé et organisations de la société civile notamment

³ *Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) du 5 juin 2009 et réunion interministérielle (RIM) du 20 janvier 2012.*

– pour concevoir et mettre en œuvre des subventions, pour obtenir des résultats et des impacts et pour les mesurer⁴.

Le modèle du Fonds mondial repose sur la notion de **financement en fonction des résultats** : le financement des programmes des pays va de pair avec la responsabilité d'obtenir des résultats vérifiables – le nombre de personnes bénéficiant des services. Toutes les subventions sont assorties d'un cadre de résultats transparent au regard duquel les bénéficiaires doivent régulièrement présenter les résultats des services fournis afin d'obtenir de nouveaux décaissements. Tous les trois ans, les résultats et l'impact de chaque subvention font l'objet d'un examen approfondi. Fin 2011, 628 subventions du Fonds mondial y avaient été soumises.

La taille et la complexité du portefeuille de subventions du Fonds mondial ont augmenté ces dix dernières années et les modes d'évaluation des résultats des programmes soutenus ont connu de constantes évolutions. Durant les premières années, l'organisation analysait les résultats en termes de réalisations (nombre de traitements distribués par exemple). Après une décennie de succès et d'innovations, le Fonds mondial et ses investissements arrivent à maturité et l'intensification des services a des effets mesurables sur la réduction de la charge de morbidité des trois maladies dans de nombreux pays. Aujourd'hui, le Fonds et ses partenaires se concentrent sur l'évaluation et la mesure de l'impact obtenu (impact démographique, renforcement des systèmes de santé, mortalité infantile, évolution de la prévalence, etc.) en veillant à ce que les nouvelles ressources soient investies de manière stratégique en vue d'un impact durable.

Dans le cadre de sa récente réorganisation, 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 »⁵ et recevant des investissements élevés.

De la qualité des données recueillies et analysées dépend en effet la crédibilité et l'efficacité du modèle de financement du Fonds. A cette fin, le Fonds mondial collabore avec les partenaires techniques (Facilité Internationale d'achats de médicaments –UNITAID, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida - 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, par la suite, les investissements les plus stratégiques.

4.1.1 Le travail des évaluateurs s'appuiera tout d'abord sur une **courte analyse critique des différentes évaluations externes** du Fonds déjà réalisées, y compris celles commanditées par les autres bailleurs (voir la liste exhaustive des documents à consulter en annexe).

4.1.2 Les évaluateurs assisteront au séminaire des conseillers régionaux de coopération en santé (CRCS) du ministère des Affaires étrangères qui se tiendra du 22 au 26 avril 2013. Ce séminaire sera l'occasion d'obtenir l'éclairage des conseillers sur les résultats du Fonds dans leurs zones respectives. Dans le cadre d'un atelier spécifique (les 23 et 24 avril 2013), ils pourront mesurer les résultats accomplis et les obstacles rencontrés par l'Initiative 5% depuis son démarrage.

4.1.3 L'équipe procédera ensuite à une **analyse critique du système de suivi-évaluation du Fonds mondial et de son adaptation en cours**, en lien avec la mise en place progressive du nouveau modèle de financement. Cela pourrait être fait au moyen d'une étude documentaire et d'entretiens avec l'équipe en charge du suivi-évaluation au Secrétariat du Fonds mondial à Genève. Les consultants évalueront ainsi la capacité du Fonds mondial à mesurer les résultats de son action dans la lutte contre les trois pandémies et la pertinence des récentes modifications de ce système avec l'adoption du nouveau modèle de financement.

⁴ Voir notamment le Rapport 2012 sur les résultats du Fonds mondial « des investissements stratégiques pour garantir l'impact » <http://www.theglobalfund.org/fr/library/publications/>.

⁵ Pays dans lesquels un investissement supplémentaire représente de forts gains pour le recul des pandémies.

Cette analyse inclura une **dimension comparative**, permettant d'apprécier le système de mesure des performances du Fonds au regard de ceux d'autres fonds verticaux (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation - GAVI, Facilité internationale d'achats de médicaments – UNITAID, programmes verticaux de la Banque mondiale) ou programmes nationaux comparables (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR).

L'analyse menée s'attachera à répondre aux questions suivantes, en les complétant par des recommandations :

- globalement, au regard des montants investis et dans une perspective comparative, le Fonds mondial est-il performant? Cette question devra être traitée en s'appuyant sur les évaluations déjà réalisées et non sur la base d'une nouvelle évaluation.
- Dispose-t-il des systèmes et outils adéquats pour mesurer de façon satisfaisante l'impact de son action ? Quelles seraient les éventuelles pistes d'amélioration ? Le Fonds peut-il s'inspirer d'autres fonds verticaux ou programmes nationaux afin d'améliorer son efficacité et la mesure de celle-ci ? En quoi peut-il être un bon modèle pour ces entités ?
- Les réformes prévues du système de suivi-évaluation sont-elles pertinentes au regard de l'instauration du nouveau modèle de financement ?

4.2 Analyse de l'action du Fonds mondial dans les pays CICID.

a) Sur la base de la liste exhaustive des subventions obtenues par les pays CICID au cours des trois dernières séries de financement du Fonds mondial (séries 8, 9 et 10 lancées respectivement en 2008, 2009 et 2010) qui lui aura été fournie, l'équipe d'évaluateurs s'attachera à établir les taux de financements décaissés par rapport aux financements accordés dans ces pays, **ce qui permettra d'apprécier l'efficacité de l'aide multilatérale donnée aux pays de notre zone de solidarité prioritaire.**

b) L'évaluation portera également sur l'**identification des principaux obstacles à l'obtention de subventions et au décaissement des financements au sein des pays CICID.** Il sera effectué une analyse de la préparation des demandes de financements pour les séries passées (8, 9 et 10) dans ces pays, ainsi qu'un recensement, avec le Secrétariat du Fonds mondial, des principales causes de suspension de décaissements par pays.

c) L'équipe réalisera des entretiens lors de missions de terrain **dans 4 pays (ex : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire (pays CICID) et Ouganda dans une perspective comparative).** Ces missions, qui seront préparées avec l'appui des conseillers régionaux de coopération en santé (CRCS), permettront aux consultants de rencontrer les principaux bénéficiaires et acteurs concernés. Elles devraient notamment permettre **d'examiner certains des verrous concernant l'obtention et les décaissements de financements et d'interroger la capacité de l'Initiative 5% à répondre à ces besoins.**

Dans ces quatre pays, et en fonction des contextes nationaux, **les questions suivantes pourront être abordées:**

- L'aide apportée dans les pays CICID via le Fonds mondial a-t-elle permis d'atteindre les objectifs initialement visés par ses subventions ?
- Selon les bénéficiaires, quels sont les principaux obstacles à l'obtention de subventions qui ont été mis à jour lors des séries de financements 8, 9 et 10 ?
- Quelles sont les principales raisons de suspension de financements dans ces pays ? (en lien avec le Secrétariat)
- Quels sont les principaux obstacles au rétablissement des financements dans les pays dont les décaissements ont été suspendus ?

- Quelles sont les principales solutions trouvées par le Secrétariat afin de reprendre les programmes suspendus? Dans quelle mesure sont-elles répliquables?
- L'appui obtenu grâce à l'Initiative 5% dans ces pays a-t-il permis de résoudre certains de ces obstacles ? à optimiser la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ?

4.3. Cohérence de l'action du Fonds mondial avec les priorités thématiques de la France en matière d'aide au développement et avec les interventions françaises dans le domaine de la lutte contre les trois maladies

Le Fonds mondial est l'un des rares instruments d'aide au développement en santé qui favorise à la fois une approche verticale de lutte contre les trois pandémies et un ciblage sur l'Afrique (55% des financements sont consacrés à l'Afrique subsaharienne) en cohérence avec les priorités géographiques et thématiques françaises.

Par ailleurs, la mise en place en 2011 de **l'Initiative 5% sida, tuberculose, paludisme** permet de consolider l'impact sanitaire de ces subventions. Elle répond à la volonté de valoriser la contribution française au Fonds mondial et l'expertise française et francophone dans le secteur (ONG, instituts de recherche, organisations privées et publiques ou experts individuels).

Les financements du Fonds mondial soutiennent plusieurs priorités de la stratégie internationale de développement de la France dans le domaine de la santé :

- l'atteinte de l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) ;
- la promotion de la santé maternelle et infantile dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5 ;
- la défense des droits de l'Homme ;
- la prise en compte des besoins particuliers des populations vulnérables ;
- la promotion du genre ;
- la promotion de la société civile.

Par ailleurs, au-delà de l'approche verticale par pathologie ou population, la stratégie internationale de développement de la France en santé met un accent important sur le renforcement des approches plus transversales, notamment la nécessité de **renforcer les capacités des pays et leur appropriation, en contribuant au renforcement des systèmes de santé les plus fragiles**⁶. Elle promeut également une **complémentarité et coordination entre l'aide multilatérale et bilatérale**.

L'évaluation s'attachera à répondre aux questions suivantes :

- la stratégie 2012-2016 du Fonds mondial (*voir liste des documents en annexe*) entre-t-elle en cohérence avec les priorités stratégiques de la France et sa vision de l'aide au développement en santé ?
- Comment cette stratégie est-elle mise en œuvre par le Fonds mondial ? Comment contribue-t-elle à rapprocher l'action du Fonds mondial des priorités et de la vision française ?
- L'Initiative 5% intervient-elle bien de façon complémentaire à l'action du Fonds mondial ?
- Y-a-t-il cohérence entre les financements du Fonds mondial sur le terrain et les projets du groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (GIP ESTHER), de l'Agence française de développement et les financements de la Mission d'appui à l'action des ONG (MAAIONG) ?

⁶ Voir « la Stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé 2012 » http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Cooperation_internationale_ds_le_domaine_de_la_sante_cle07f714-1.pdf

Plus particulièrement, dans les pays où des missions seront réalisées :

- les subventions accordées par le Fonds mondial concordent-elles avec les priorités thématiques de la France (recensées au-dessus) ?

4.4 Analyse des opportunités et risques liés à la mise en œuvre du nouveau modèle d'allocation des financements pour les pays du CICID

Lors du Conseil d'administration de novembre 2012, le Fonds mondial a adopté les grands principes de son **nouveau modèle d'allocation des financements** (cf. point 1 : contexte de l'évaluation).

Ce nouveau modèle doit lui permettre d'investir de façon plus stratégique, d'utiliser ses ressources de manière optimale et de maximiser son impact global. Il devrait permettre un renforcement de l'appropriation par les pays, une plus grande souplesse de programmation pour les maîtres d'œuvre, un meilleur alignement sur les stratégies nationales comme une prévisibilité accrue de la procédure et du niveau de financement disponible. En outre, il leur permettra d'obtenir un retour d'information rapide concernant leurs demandes de subvention et leur donnera la possibilité d'exprimer pleinement leurs besoins (recensement de l'intégralité des programmes nécessaires à la lutte contre les trois pandémies et de leurs coûts en amont de la demande de financement).

La mise en œuvre de ce nouveau modèle débutera par une phase de transition tout au long de l'année 2013. Durant ces douze mois, un nombre limité de pays pourront avoir accès à de nouveaux financements. Ces pays auront été choisis par le Fonds mondial, sur la base de leurs besoins, de leur niveau de « sous-financement », des risques d'interruption des services et de la perspective d'un impact rapide. La mise en œuvre complète du nouveau modèle commencera en 2014, à la suite de la conférence de reconstitution des ressources (automne 2013) qui définira le niveau de financement disponible pour le prochain cycle de trois ans (2014-2016).

L'équipe d'évaluateurs s'attachera à :

4.4.1 présenter et faire une analyse critique du nouveau modèle de financement dans l'état de sa mise en œuvre au moment de l'évaluation ;

4.4.2 anticiper les conséquences positives et négatives (opportunités et risques) de ce nouveau modèle de financement pour les pays CICID ;

4.4.3 pour les pays dans lesquels des missions seront réalisées, analyser leur niveau de préparation (y compris niveau d'information et de compréhension) ainsi que leurs besoins en termes d'assistance technique. Le cas échéant, analyser le dialogue établi entre le Secrétariat et les instances de coordination nationales (ICN), et évaluer le processus de préparation des notes conceptuelles ;

Cette analyse devra s'attacher à répondre et apporter des recommandations aux questions suivantes :

- quel est l'impact de ce nouveau modèle d'allocation sur les pays du CICID en termes de variations de financements ?
- Quel sera l'impact, à moyen ou long terme de ce nouveau modèle d'allocation sur la répartition des financements par maladie ?
- Quels sont les défis susceptibles de se poser pour ces pays en termes d'accès aux financements ?
- De quel type d'appui/ assistance technique ces pays ont /auront-ils besoin ?

- De quelle manière l'Initiative 5% peut-elle contribuer à accompagner la mise en place de ce nouveau modèle ?
- De quelle façon peut-on contribuer à améliorer cette compréhension et favoriser l'appropriation par les pays ?
- Comment les principaux candidats aux financements du Fonds mondial se préparent-ils à la reprise du versement de nouvelles subventions et à l'ouverture à de nouvelles demandes ?

Plus précisément, dans l'analyse de la phase d'expérimentation, les évaluateurs tenteront de répondre aux questions suivantes (dans la mesure des éléments disponibles au moment de l'étude) :

- ce nouveau modèle répond-il aux attentes en termes de flexibilité et réactivité ?
- Permet-il efficacement l'expression pleine des besoins des pays ? Si tel n'est pas le cas, quels sont les pistes pour inciter une meilleure pleine expression des besoins ?
- Quel est le rôle effectif de la société civile dans le dialogue mis en place entre les instances de coordination nationale (ICN) et le Secrétariat ?

4.5 Evaluation du concours de la France aux orientations du Fonds mondial et de son dispositif de suivi

La réforme du Fonds mondial a modifié certaines instances de direction dans le but de rendre ces dernières plus collégiales et inclusives afin qu'elles soient plus cohérentes avec la stratégie 2012-2016.

Grâce à son siège en propre au Conseil d'administration du Fonds et sa présence à deux des trois comités techniques (comité stratégie, investissement et impact - SIIC et comité audit et éthique -AEC), la France participe activement au processus de réforme. Au cours de l'année, un comité dédié à la sélection du directeur général du Fonds a également été créé, dont a fait partie le représentant français au Conseil d'administration.

Le dispositif français de suivi du Fonds mondial est composé de :

- l'Ambassadeur sida et son équipe (2 chargées de mission) ;
- la sous-direction de la santé et du développement humain : sous-directeur, chef du pôle santé et point focal Fonds mondial.

L'Ambassadeur sida occupe le siège de la France au Conseil d'administration du Fonds et est membre des comités techniques SIIC et AEC, le sous-directeur de la santé et du développement humain est membre suppléant.

En fonction des résultats obtenus au sujet de la cohérence entre l'action du Fonds mondial et les priorités thématiques et géographiques françaises, une analyse de la capacité du dispositif actuel d'interaction entre la France et le Fonds mondial à relayer les priorités stratégiques françaises sera menée.

L'équipe d'évaluation répondra aux questions suivantes :

- De quelle manière les priorités thématiques et géographiques de la France contribuent-elles à définir les orientations et décisions du Fonds mondial ?
- De quelle manière les priorités thématiques et géographiques des pays de l'Union européenne contribuent-elles à définir les orientations et décisions du Fonds mondial ?
- Le dispositif français de suivi répond-il de façon adéquate et adaptée aux enjeux financiers compte tenu de l'importance de la contribution française ? Cette évaluation comprendra un volet comparatif avec d'autres pays dont les montants des contributions

sont comparables (Royaume Uni, Allemagne,...). Des recommandations quant à l'amélioration de ce dispositif de suivi seront proposées.

5. Organisation de l'évaluation

Le dispositif d'évaluation comprend :

- un **comité de pilotage**, composé de représentants de l'administration, de la société civile, de personnalités qualifiées et d'un représentant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il a un rôle de conseil, dans le respect de la responsabilité du maître d'ouvrage, à toutes les étapes de l'évaluation (sélection du prestataire, suivi de la mission, analyse du rapport final) ;
- un **comité technique** d'évaluation composé de représentants de la sous-direction de la santé et du développement humain et du pôle de l'évaluation, commanditaire de la présente étude. Il assure le suivi en continu et la responsabilité technique de l'évaluation.

L'évaluation se déroulera en **quatre phases**.

- **Phase 1 : cadrage de l'étude**

Cette phase doit permettre de préciser les attentes du commanditaire, de vérifier la bonne compréhension des termes de référence, de débattre des questions évaluatives et de la méthodologie employée aux différentes phases. Cette phase consiste à analyser les **principaux documents** disponibles relatifs au champ de cette évaluation. Quelques entretiens seront organisés avec les responsables du suivi de l'évaluation.

Livrable 1 : Une note de cadrage (de 5 à 10 pages) dans laquelle il résume les objectifs et la problématique de l'évaluation, reconstruit la logique d'intervention, révisé et précise si nécessaire sa matrice d'évaluation. La note est transmise par l'évaluateur au comité technique et diffusée au comité de pilotage qui formule ses observations.

- **Phase 2 : étude documentaire et entretiens**

L'évaluateur étudie les documents utiles et il effectue les entretiens nécessaires à partir de la liste des contacts remise dès la notification du marché.

Livrable 2 : Un rapport d'étape

L'évaluateur présente le rapport d'étape au comité de pilotage qui l'approuve et fait part de ses observations.

- **Phase 3 : missions de terrain.**

Le consultant effectuera 4 missions de terrain. Les pays visités pourraient être le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire (pays CICID) et l'Ouganda dans une perspective comparative.

Livrable 3 : Une synthèse générale sur la mission de terrain deux semaines après la fin du déplacement sur le terrain. La synthèse est envoyée au comité de pilotage qui l'approuve et fait part de ses observations.

- **Phase 4 : rédaction du rapport d'évaluation.**

Cette phase est décomposée en deux étapes, la rédaction du projet de rapport d'évaluation et sa finalisation.

Projet complet de rapport d'évaluation : le projet de rapport lui-même ne dépassera pas 80 pages, hors annexes. Il comprend une synthèse de 10 à 15 pages reprenant l'essentiel du bilan, des appréciations et des recommandations de l'évaluateur et un tableau des points forts et points faibles de ces programmes.

Le projet de rapport est remis dans un délai de 2 semaines à compter de la remise du rapport de mission. Le projet de rapport est présenté au comité de pilotage qui le valide et fait part de ses observations.

Rapport final d'évaluation : le rapport final prend en compte les observations éventuelles du comité de pilotage adressé dans un délai d'une semaine à compter de la dernière réunion du comité

Le rapport final devra être achevé et disponible en juillet 2013 dans sa version définitive. Ce rapport devra être préparé en vue de son édition dans la collection " évaluations " du ministère des Affaires étrangères.

Dans la perspective d'une éventuelle publication, il est demandé à l'opérateur de fournir obligatoirement au moins 6 photographies libres de droits sur support numérique (300 DPI minimum) permettant d'illustrer l'évaluation pour la 1^{ère} et la 4^{ème} de couverture.

Le document n'engagera que ses rédacteurs et en aucun cas les autorités françaises et les partenaires du programme. Ceux-ci décideront ensuite de son utilisation et de sa diffusion.

Le calendrier des réunions des comités de pilotage et de suivi suivra le plan de travail exposé ci-dessus. Celui-ci est donné à titre indicatif, le **rapport final étant attendu pour le 31 juillet 2013.**

6. Calendrier indicatif

L'évaluation se déroulera sur une période de 6 mois. Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- mise en concurrence (janvier 2013) ;
- réception des candidatures et sélection du candidat (février 2013) : *1er comité de pilotage* ;
- établissement du marché par le MAE et notification (mars 2013) ;
- réunion de cadrage des experts avec le comité technique suivie d'une note de cadrage (mars 2013) ;
- première phase d'analyse et de collecte des données (mars, avril 2013) ;
- présentation du rapport d'étape des experts (avril 2013) : *2^{ème} comité de pilotage* ;
- mission de terrain et compte rendu synthétique (mai 2013) ;
- remise du rapport provisoire au comité de pilotage (juin 2013) : *3^{ème} comité de pilotage* ;
- remise du rapport final : ce rapport devra impérativement être finalisé en juillet 2013, *4^{ème} comité de pilotage.*

7. Expertise

L'évaluation sera confiée à une équipe de consultants, qui réunira **les compétences** suivantes :

1. connaissance de la gouvernance et du financement de la santé mondiale ;
2. expérience en matière d'évaluation de politiques publiques en santé ;
3. connaissance de l'économie du développement ;
4. expérience significative dans un ou plusieurs pays du CICID ;
5. maîtrise de l'anglais.

Il est demandé aux évaluateurs de présenter leurs méthodes d'investigation et d'analyse utilisées afin de démontrer les procédures suivies pour collecter l'information, s'assurer de sa qualité et de sa validité, établir les étapes entre les observations, les constatations, les jugements portés et les conclusions auxquels ils aboutissent. Les évaluateurs fourniront un calendrier reprenant les diverses tâches effectuées (questionnaires, enquêtes, études de cas, etc.).

Principe de distanciation (charte de la société française d'évaluation)

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant à l'évaluation à titre professionnel informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel.

Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision. Cette autonomie préserve la liberté de choix des décideurs publics.

8. Critères de sélection des offres

L'appréciation de l'offre la plus avantageuse économiquement sera fondée sur les critères énoncés ci-dessous avec leur pondération :

- compréhension générale, démarche méthodologique et organisation de l'expertise : 40% ;
- qualification et composition de l'expertise : 45% ;
- offre financière : 15%.

Principe de transparence (charte de l'évaluation)

La présentation des résultats d'une évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces résultats.

La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

9. Nature de la procédure et soumission des offres

Il est prévu de conclure un **marché à procédure adaptée** (MAPA, article 28 du code des marchés publics).

Les consultants sont invités à présenter une proposition technique et une proposition financière, cette dernière établie sur le modèle joint en **annexe 4** s'inscrivant dans une enveloppe respectant les seuils définis dans les MAPA.

Les consultants sont invités à présenter une proposition technique et une proposition financière, qui seront adressées par **voie électronique** au pôle de l'évaluation via la plate-forme des achats de l'Etat (PLACE).

Ministère des affaires étrangères

DGM/DPR.

Pôle de l'évaluation

avant le 25 février à 10h00, heure de Paris.

Remarque : l'offre technique sera présentée en **deux parties distinctes**, l'offre elle-même d'une part, les références du consultant et des experts, d'autre part. L'offre ne dépassera pas 15 pages.

ANNEXE 2 : PRESENTATION DE L'EQUIPE D'EXPERTS

Présentation de l'équipe de consultants internationaux

Mme Elisabeth Antunes, Diplômée de l'Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales (ESSEC, Chaire Santé, 1998) en administration et gestion des services de santé, Mme Antunes dispose d'une expérience de quinze ans dans les domaines de la gestion de programmes de coopération internationale dans le secteur de la santé et de l'évaluation. Mme Antunes fait partie du groupe d'évaluateurs externes (contrat-cadre) intervenant régulièrement dans le cadre des évaluations santé conduites par la Banque Européenne d'Investissement, dans le respect des normes, standards et instruments financiers de cette institution

Dr Michel Duprat, Docteur en médecine, médecin, spécialiste de santé publique et en épidémiologie. Il dispose d'une solide expérience dans le domaine de la santé, du développement et de l'évaluation. Il a travaillé tant au niveau clinique (médecin et responsable de région sanitaire, chargé des maladies infectieuses) qu'administratif (gestion de programmes, animation d'équipes, économie de la santé, etc.). Il a travaillé au sein d'organisations internationales à titre d'expert ou de fonctionnaire et connaît bien de nombreux pays en développement. Il a conduit des évaluations dans le nombreux pays et a travaillé dans plusieurs pays d'Afrique.

M. Patrick Monod-Gayraud, administrateur civil a consacré sa carrière aux questions médico-sociales et à la coopération internationale au niveau gouvernemental ou dans des organes de coopération. Il dispose d'une expérience confirmée des négociations internationales de haut niveau dans les domaines de la santé, des affaires sociales et du travail : y compris dans le cadre des objectifs du développement. Il a une bonne connaissance et pratique confirmée des organisations internationales (ONU, UE, Ambassades, ONG) où il a occupé des postes de responsabilité. Son domaine d'expertise est celui des systèmes sanitaires et sociaux des pays en développement qui lui ont conféré une robuste expérience des pratiques d'évaluation.

Mme Christine Thayer : Mme Thayer dispose d'un doctorat en organisation des systèmes de santé. Elle est également diplômée en gestion hospitalière, santé publique (y compris l'épidémiologie) et économie de la santé. Elle a plus de vingt ans de travail dans le domaine de la santé dans des pays intermédiaires ou en développement et de l'enseignement. Elle a participé à de nombreuses évaluations dans le domaine de la santé (seize au total), le plus souvent comme chef d'équipe. Elle est parfaitement anglophone et dispose d'une expérience confirmée de travail dans les pays d'Afrique de l'Est.

Présentation de l'équipe de consultants locaux

RDC : Dr Nzanzu Kikuhe, a une compétence de gestionnaire et de médecin de santé publique, en particulier dans le domaine de la lutte contre le Sida. Il a dirigé diverses structures sanitaires dont des équipes de lutte contre les maladies infectieuses et a une solide expérience pratique des programmes de terrain et dans le domaine de la recherche. Il a participé à de nombreuses évaluation y inclus au sein d'équipes internationales et des ONGs. Basé à Goma, dans l'Est de la RDC, consultant à Kinshasa, il a une parfaite connaissance du fonctionnement du système de santé et de la société civile de la RDC et de la sous-région.

Bénin : Dr Comlan Nicaise Davo, médecin et consultant dans le domaine de la santé. Il a exercé plusieurs fonctions au Bénin en lien avec la lutte contre le VIH-SIDA. Il est intervenu dans le cadre de différents programmes nationaux et internationaux dans ce domaine (Banque mondial, USAID, UNICEF, ONUSIDA, etc.). Il a beaucoup travaillé sur les aspects de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et sur des projets d'éducation thérapeutique. En 2007, il a participé pour le compte d'ONUSIDA à l'analyse situationnelle de la mise en œuvre des trois principes directeurs de la lutte contre le VIH-SIDA au Bénin (three ones principes)

Ouganda : Dr Jackson Were, est responsable de l'évaluation au laboratoire de lutte contre le Sida à Entebe. Microbiologiste, il a participé à la mise en place des procédures nationales de contrôle contre cette maladie en particulier dans le domaine du contrôle de qualité. Impliqué depuis longtemps dans les domaines de la gestion et de la planification des services de santé, il possède un mastère indien en Technologies de l'Information et va recevoir un MBA de l'Institut de Management de Kampala. Il a participé à divers protocoles internationaux d'études et d'évaluation.

Burkina-Faso : Dr Arouna Traouré, Médecin, titulaire d'une maîtrise de santé publique de l'Université de Bordeaux 2 (ISPED), est engagé dans la lutte contre le VIH au Burkina-Faso. Basé à Ouagadougou, le Dr Arouna a notamment été médecin praticien dans les associations et ONG locales, pour la prise en charge des patients atteints du SIDA. Il collabore aux activités du GIP Esther au Burkina.

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE ET LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

BIBLIOGRAPHIE

Documents clés / outils Fonds mondial

- Guide de la gouvernance du Fonds mondial (*governance handbook*) :
<http://www.theglobalfund.org/en/library/documents/>
- Stratégie 2012-2016 du Fonds mondial : <http://www.theglobalfund.org/fr/about/strategy/>
- Eléments concernant le nouveau modèle de financement :
<http://www.theglobalfund.org/fr/activities/fundingmodel/>
- Guide et outils de suivi et évaluation du Fonds Mondial :
<http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/>
- Rapports sur le 26^e Conseil d'Administration Genève, Suisse, 10 – 11 Mai 2013
- Rapports sur la Quatrième reconstitution des ressources (2014-2016) et Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial Genève Avril 2013

Outils complémentaires

- Guide sur le Fonds mondial publié par Aidspan (observateur au Fonds mondial):
http://www.aidspan.org/sites/default/files/publications/Aidspan_Beginners-Guide-third-edition-all-en.pdf
- Site de l'Initiative 5%
<http://www.initiative5pour100.fr>
- Site du Huffington post,
<http://www.huffingtonpost.fr/news/the-big-push>

Documents stratégie Française

- La stratégie 2012 de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé
http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Cooperation_internationale_ds_le_domaine_de_la_sante_cle07f714-1.pdf
- La France à l'ONU – Site internet de la Représentation permanente de la France auprès des Nations Unies – Juillet 2013 <http://www.franceonu.org>
- Le projet de la Direction Générale de la Mondialisation du développement et des partenariats Ministère des Affaires étrangères et européennes Paris
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats 2009
- L'aide publique au développement française : analyse des contributions multilatérales, réflexions et propositions pour une plus grande efficacité
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats
Coopération au développement : une vision française ; *Document cadre 2011*

Rapports / évaluations françaises

- Rapport de la Cour des Comptes sur la politique française d'aide au développement (voir partie sur l'aide multilatérale et plus particulièrement le Fonds mondial) :
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-francaise-d-aide-au-developpement>
- Rapport du Sénat de novembre 2012 sur l'aide publique au développement :
<http://www.senat.fr/rap/l12-148-34/l12-148-34.html>
- Rapport de la Commission des Affaires Etrangères de l'Assemblée Nationale ; sur l'aide publique au développement ; octobre 2012
- Le défi de la « redevabilité » des agences de développement dans leurs propres pays et face à leurs pairs *** *Martin Vielajus & Co Rapport à l'AFD Paris 2010*

- Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (*CICID*) du 5 juin 2009 et réunion interministérielle du 20 janvier 2012. Paris
- Bilan évaluatif de la politique française de coopération au développement entre 1998 et 2010 Synthèse du rapport Ernst & Young ; Ministère des Affaires étrangères, Ministère de l'Économie et des Finances, Agence française de développement. décembre 2012
- Rapport au Sénat ; Délégation sénatoriale à la prospective ; « Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes », Fabienne Keller, sénatrice ; juillet 2012
- Rapport au Premier Ministre, et au Secrétaire d'Etat à la Coopération et à la Francophonie Henriette MARTINEZ, Députée des Hautes-Alpes, juillet 2009

Rapport commandités par le Fonds mondial

- Rapport d'évaluation à 5 ans du Fonds mondial du Groupe de Référence d'Evaluation Technique
<http://www.theglobalfund.org/en/terg/evaluations/5year/>
- 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 : <http://www.theglobalfund.org/en/highlevelpanel/report/>
- Etude diagnostique des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Bénin – Bureau de l'Inspecteur Général – Fonds mondial – Octobre 2012
- Matching resources to need opportunities to promote equity ; Information note Global Fund, Octobre 2012
- Plan de travail du Groupe de Référence pour l'Evaluation Technique 2013-2014

Rapports/ évaluations commandités par autres bailleurs

- The Global Fund to fight against Aids, tuberculosis and malaria Australia Multilateral Aid (AMA) Assessment :
http://www.usaid.gov.au/Publications/Pages/7373_9810_453_4167_7175.aspx ;
- Audit institutionnel de la Commission Européenne de 2009 (Evaluation thématique de l'appui de la Commission européenne au secteur de la santé :
http://ec.europa.eu/europeaid/how/evaluation/evaluation_reports/2012/1308_docs_en.htm
- Multilateral Aid Review du DFID: Ensuring maximum value for money for UK aid through multilateral organizations March 2011 :
http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/mar/multilateral_aid_review.pdf?bcsi_scan_96404f7f6439614d=tw+3nEVxABbJJT/5x8/rBN4xc1olAAAAz0GgPg==:1&bcsi_scan_76859af71b923077=Q4TZRYYEKcEhVmlNXedZNBvr9OMOAAAO2csFg==&bcsi_scan_filename=multilateral_aid_review.pdf
- Report in response to recent cases of fund misuse within the Global Fund European commission Europe Aid development and cooperation directorate general Final Report to The European Commission August 2011 ;
- "Auditor's institutional assessment: the Global Fund to fight aids, tuberculosis and malaria – Request for services" 2009/200946 the European Commission, August 2010 ;
- Quantified Results of Urgent Technical Assistance Provided to Global Fund Country Coordinating Mechanisms and Principal Recipients by Grant Management Solutions - 2007 to 2012 - GMS - Final Technical Report N°1 ;
- Le Défi de la Redevabilité des agences de développement dans leur Pays et face à leurs pairs. Etude Comparative--Série Notes méthodologiques No 04 2010 –AFD ;
- Malaise dans l'Evaluation : Quelles leçons tirer de l'expérience du développement ? AFD/EUDN 2012 in Revue d'Economie du Développement No 4 Déc. 2012 ;
- More Health for the Money; A Practical Agenda for the Global Fund and Its Partners A Report of the Center for Global Development Working Group on Value for Money in Global Health June 2013 ;
- Rapport d'activité du GIP Esther Paris 2012 ;
- Rapport sur le développement humain en Afrique – 2012 ; PNUD 2012 ;

- Indice de la perception de la corruption ; Transparency International 2012 ;
- RBM ; Plan mondial contre le Paludisme ; Genève 2011 ;
- Paludisme – OMS Genève – Aide-mémoire N°94 – Mars 2013 ;
- ONUSIDA Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida - 2012 ;
- Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida – 2012 ;
- Partenariat Stop TB ; Plan Mondial 2011-2015 OMS Genève 2013 ;
- Unitaïd Strategy 2013-2016 Unitaïd Genève Avril 2013.

Autres articles

- Économie de la santé dans les pays en développement : les apports de la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria ; Jean-Paul Moatti ; 2012 ;
- Economie de la Santé dans les pays en développement: des paradigmes en mutation ; Jean-paul MOATTI et B.VENTELOU in Revue Economique 2009-Vol 60 ;
- Commonalties in the AMFM ACT Market in East Africa; early observations from Kenya and Uganda Dr Nathan Nshakira & all Report to the Global Fund October 2012 ;
- Governance Challenges in Global Health *J. Frenk, S. Moon* N Engl J Med 2013;368:936-42 ;
- Analyse de la pertinence et de l'efficacité des financements du Fonds Mondial en appui à la prévention VIH/sida en Côte d'Ivoire, Rapport final, Juin 2010, Dominique Kerouedan, MD, MPH, PhD ;
- La santé en Afrique : pourquoi la France et l'Europe devraient être plus engagées Field Actions Science Reports Special Issue 4 (2012) Fighting Poverty, between market and gift Dominique Kerouedan ;
- Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ? Observatoire Européen des systèmes de santé – Rifat A. Atun, Sara Bennett et Antonio Duran OMS 2010 ;
- « Les orphelins du sida en Afrique subsaharienne : une menace pour les générations futures ». ONU-PNUD 2010 ;
- « L'ANRS et les pays du Sud » La recherche en santé (publication ANRS). Paris 2013 ;
- "Perspective Ho AIDS Invented Global Health"; Allan M. Brandt, Ph.D. N Engl J Med 2013; 368:2149-2152 ;
- "Uganda White Paper Commission of Inquiry into mismanagement of grants from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria"; James Ogoola Kampala October 2007 ;
- Le SIDA et l'Afrique : « Représentations et discours scientifique articulés aux stratégies nationales et internationales de lutte contre l'épidémie » ; Damien Rwegera, Collège de France mars 2013 ;
- « La lutte contre le Paludisme : une Victoire à portée de main » ; M. Barzack et S. Chantereau, Futuribles N° 363 --Mars 2010 ;
- « Quels rôles pour les fonctions de suivi et d'évaluation des futurs programmes européens (2014-2020) au regard des leçons de la période de programmation 2007-2013 et des intentions de la Commission européenne / DG Régionales ? » Etudes Européennes, Mickaël Vaillant, Mars 2013 ;
- « Esther, 10 Ans de Solidarité et de nouveaux défis à relever », Plaquette Esther 2002-2012 ;
- « Disponibilité des Ressources Financières pour la Santé dans les Pays d'Afrique Subsaharienne » ; J. Mathonat Notes et Documents No 52 2010- AFD ;
- Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Kerouedan D, Médecine Tropicale – 2010 ;
- « La Contribution du Fonds Mondial aux Objectifs du Millénaire pour le développement La Contribution de la France au Fonds Mondial L'Essentiel du Fonds Mondial en Dix Questions » ; Plaquettes Les Amis du Fonds Mondial Europe : Paris Oct.2010 ;
- Le Monde diplomatique ; Le Fonds Mondial ; Numéro Spécial Juin 2013 ;
- Discours de M. Pascal Canfin ; Réunion du Fonds Mondial ; Bruxelles Avril 2013 ;

- Discours de M. Laurent Fabius ; Colloque «Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale» -; Collège de France Juin 2013 ;
- Discours de M. François Hollande « La France maintiendra sa contribution au fonds mondial » ; juillet 2013.

Documents complémentaires fournis par le MAE :

- Calendrier des comités
- Documents préparatoires des comités (en fonction du degré de confidentialité)
- Notes et télégrammes diplomatiques disponibles pour consultation au Ministère

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

I. FONDS MONDIAL GENEVE

Management

1. Mark Dybul, Executive director of the Global Fund
2. Osamu Kunii, Director of the Strategic, Investment and Impact division
3. Daniel Low-Beer, Director, Impact, results and Evaluation
4. Ruwan de Mel, Director Strategy and Access to Funding
5. Johannes Hunger, Senior Manager, Strategy and Policy Team
6. Todd Summers, Chair of the SIIC
7. Stefan Emblad, Director, Donor Relations Department
8. Nelly Comon, Senior Donor Relations Officer

Division Programme

9. Mark Edington, Director, Grants Management Division
10. Lelio Marmora, Director, Africa and the Middle East
11. Linden Morison, Director, High Impact Africa 2
12. Maria Kirova, Director Asia, Europe, LAC
13. Oren Ginzburg, Director, Grants Management support
14. XX malaria expert

Equipes pays

Benin and Burkina-Faso

15. Ronald Tran Ba-Huy, Regional Manager for Central Africa
16. Vanessa Rousselle FPM Burkina Faso
17. Naboundou Toure-Fadiga, Program Officer
18. Aminata Ouattara
19. Ralph Bendo
20. Mark Taylor Program Finance
21. Parijat Bajjal Monitoring
22. Belen Tarrafeta Procurement

Uganda

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 23. Caty Fall | FPM |
| 24. Tito Rwamushaija | Program Officer |
| 25. Patrick Manlutac | Program Officer |
| 26. Alexander Birikorang | Program Finance |
| 27. Marcel Lama | Monitoring |
| 28. Idris Rafiu | Procurement |
| 29. Daniel Yeo | Legal Officer |
| 30. Cynthia Kibata | Assistant |

RDC

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 31. Michael Byrne Regional Manager | |
| 32. Mark Troger | FPM |
| 33. Kevin Luthi | Program Officer |
| 34. Frederique Boni | Program Officer |
| 35. Eric Boa | Program Finance |
| 36. Isabelle Yersin | Monitoring |
| 37. Carine Werder | Procurement |
| 38. Susie Rhee | Legal Officer |
| 39. Anne Marie Ngo Tega | Assistant |

Nouveau Modèle de Financemet

- 40. Abigail Moreland, Manager, Transition Team
- 41. Rene-Frederic Plain, CCM Hub Team
- 42. Igor Olinyik, TA focal point

Departement Finances

- 43. Sylvie Billion, Treasurer

Management des Risques

- 44. Cees Klumper, Chief Risk Officer

Assistance Technique

- 45. Michael Borowitz, Chef du département de l'investissement stratégique et du partenariat
- 46. Philippe Creach collaboration with French institutions

Gouvernance

- 47. Paula Hacopian, Manager of the Board Relations Team

Logistique & M&E

- 48. Sophie Logez (Procurement hub team),
- 49. Nathalie Zorzi (M&E Hub team),
- 50. Mark Warillow-Thomson
- 51. Ada Faye (Finance)

Partenaires

- 52. Dr Ph. Duneton Unitaid
- 53. Dr J. Cutler Unitaid
- 54. Dr L Ditiu Stop TB
- 55. Dr J. Van Erps Roll Back Malaria
- 56. Me B. Babaleye Roll Back Malaria
- 57. Me B.UBoy Roll Back Malaria

3 Conférences téléphoniques

- Mr. Viorel Soltan Président du FOPC
- Mr. John Monahan Vice Président du FOPC
- Mr. Jocelyne Graham Président du AEC

II. FRANCE

Connaissance du Fonds

- 1. Pr M. Kazatchkine Ancien DG du FM
- 2. J. Bonnafond Ambassadeur, Ancien Chef de Cabinet de la Présidence
- 3. M. Guigaz Ancienne Ambassadeur Sida
- 4. Pr JL Debré Ancien Ambassadeur Sida
- 5. P. Meunier Ambassadeur Sida, Maladies transmissibles
- 6. S. Tomasi Sous-Directeur OCDE
- 7. Pr JP Moatti Inserm
- 8. C Rubinowicz M.d Fi Groupe de Haut Niveau
- 9. Dr F. Goyet Esther
- 10. S. Chantereau Directeur Ami du FM Europe

MAE

- 11. Dr G. Gonzalez Canali, DBM/SAH
- 12. E. Lebrun Damiens, DBM/SAH

13. M. Hue, DBM/SAH
14. C. Goupille DBM, SAH
15. C. Zepter Pôle Evaluation
16. ML Custos Pôle Evaluation
17. G. Chedeville Murray Représentation Genève

Conseillers régionaux santé

18. Dr P. Bellefleur
19. Dr FM Delahaye
20. Dr JP Lamarque
21. Dr M. Marquis
22. Dr A. Prual
23. Dr Tabard
24. Dr C Tosi
25. Dr T. Vincent

Ministère de la Santé

26. C. Cosme Délégation affaires européennes et internationales
27. B. Arthur Délégation affaires européennes et internationales
28. R. Batadissa Délégation affaires européennes et internationales

Partenaires

29. Dr C. Bonnaud AFD
30. A. Giret FEI
31. A. Lautissier FEI
32. C. Seviro Directeur GMS
33. S. Prohow USAID
34. Dr P Weis GIZ
35. M.F. Prum GIZ
36. Carlton Evans Directeur Programme DFID

Autres

37. Pr. JF Delfraissy Président du Comité de pilotage de l'évaluation (ANRS)
38. Dr AL Ross ANRS
39. Dr G Raguin Directeur Esther
40. Dr Barrière Constantin Onusida
41. E. Fleutelot Sidaction
42. Dr Pizarro Coord Sud Directeur Solthis
43. Dr Pottier Directeur Programme MDM
44. O. Mague MDM
45. F. Bedougo Plaidoyer MDM RDC
46. P. Bertrand Directeur Avocat Santé dans le Monde
47. Dr L. Pissaro Solthis
48. Dr C. Rochigneux ISPT OMS Ouagadougou
49. Dr B. Simon Croix Rouge
50. Martina Gliber Partenariat Internationaux Fondation Mérieux

III BENIN

1. Bertin KOUDOUFIO, Ministère Jeunesse et Sports
2. Christophe DROEVEN, CRCS
3. M. Alain PRUAL, CRCS
4. M. Stanislas WHANNOU, Secrétaire Permanent du CNC
5. Pr. Kindé A. GAZARD, Ministre de la Santé

6. Bernard GNANHOUI – DAVID, PLAN Bénin
7. Dr VISSOH Séraphin, CRS
8. Pr ANAGONOU Sévérin, PNLT
9. Angelo MAKPENON, PNLT
10. Christophe TOZO, CBAC-STP
11. Christian MARTIN'S, ROBS
12. M. Jérôme Chatigre, ROBS
13. Dr Josette Vignon Makong, Africare– Directrice
14. Sèfiou SALIFOU, Ministère de la Famille
15. Dr Mariam Oké Sopoh, PNLP/Ministère de la Santé — Coordinatrice
16. Yves Eric Denon, Coordonnateur Adjoint, PNLP
17. M. Milton Amayun, USAID
18. Damien AFFEDJOU, SEIB
19. Yannick GNACADJA, SEIB
20. Dr Anne VINCENT, Représentante UNICEF au Bénin
21. Soulé GOUGBE, Mosquée centrale Cadjèhoun
22. Delphine ALI, Ministère de l'Enseignement Primaire Porto-Novo)
23. Mme Lise Adjahi GIP/ESTHER, Coordinatrice Médicale
24. Mme Annie Maganga d'Almeida, Agent Local du Fonds mondial
25. M. Amadou Midou, Agent Local du Fonds mondial

IV. BURKINA FASO OUAGADOUGOU

26. Mr. Léné SEBGO, Ministre de la Sante;
27. Dr Souleymane SANOU, secrétaire général
28. M. Ousmane NERE, chef de cabinet.
29. Pr Robert SOUDRE, président. CCM
30. Dr Didier R. BAKOUAN, secrétaire permanent ; SP- CNLS
31. M. Didier MAZE, premier conseiller Ambassade de France
32. M. Nicolas LEGRIVAIN, conseiller régional de coopération pour l'Afrique de l'Ouest
33. M. Pascal COLLANGE, directeur du Bureau du Burkina Faso
34. Dr Christophe ROCHIGNEUX, pharmacien, expert approvisionnement et logistique de l'Equipe
35. Me L. GALLAGHER, chargée du programme Santé, Délégation Commission Européenne
36. Dr Djamila Khady CABRAL, représentante de l'OMS
37. Dr WALKER, chef du Bureau Oms Equipe Inter-Pays
38. Dr Georges OUEDRAOGO, chef de la coordination, Esther
39. Dr Abdoulaye GUIRE, coordonnateur PSSLS
40. M. Laurent COMBOIGO, responsable de l'approvisionnement pharmaceutique
41. Mme NANAN, attachée de santé pour la prise en charge
42. MM. Abdoulaye COULIBALY
43. Mr Zaembendé ZIGANI, attachés de santé pour le suivi-évaluation.
44. M. le Dr Arsène OUEDRAOGO, directeur DGPML
45. M. le Dr Patrice A. COMBARY, coordonnateur. PNLP
46. M. le Dr Y. Isidore MOYENGA, coordonnateur PNT
47. M. le Dr ZOUNGRANA, responsable du suivi-évaluation PNT
48. M. TIMTORE, gestionnaire financier PNT
49. M. Clément PITROIPA, coordonnateur national (URCB/ SD)
50. M. El Hadj BAMBARA Moussa, chargé de programme tuberculose
51. M. G. Jacob YARO, chargé du suivi-évaluation pour la tuberculose
52. M. Dominique ILBOUDO, assistant en suivi-évaluation pour le VIH
53. M. Faustin BARRO, chargé de programme VIH
54. Mme Josiane GYENGANI-KABORE, expert en suivi-évaluation LFA
55. Dr Adrien NOUGTARA, expert en suivi-évaluation LFA
56. Mme Monique OUFFOU, expert financier LFA

57. Dr Emmanuel WINTZ, pharmacien LFA
58. M. Simon KABORE, coordonnateur. RAME, RS
59. MM. Dissa SEKOU Agent Fiscal
60. Calixte Hervé NIGNAN. Agent Fiscal
61. M. Jean Charlemagne YODA, coordonnateur RP PADS
62. M. Arouna DIARRA, responsable financier
63. M. le Dr Amadou OUEDRAOGO, directeur de programme ; PAMAC
64. Mme Anne-Marie OUATTARA, coordonnatrice technique
65. M. Thomas ZOANGO, responsable suivi-évaluation pour le paludisme
66. Mme Nathalie CHODATON, assistante pour la prise en charge communautaire du VIH
67. Mme COULIBALY, responsable pour la prise en charge de la tuberculose
68. M. Ousmane OUEDRAOGO, coordonnateur national BURCASO
69. Mme W. Cécile THIOMBIANO-YOUGBARE, chargée de programme
70. M. Mamadou SAWADOGO, coordonnateur national REGIPIV
71. Patrick SANON, assistant juridique
72. M. Souleymane OUEDRAOGO, chargé de communication
73. M. Geoffroy SAWADOGO, responsable ALAVI
74. Dr Célestine TOE, coordonnatrice de l'unité locale Fonds mondial
75. Mme Kathleen WEBB, conseillère technique pour le paludisme, USAID
76. M. Jean-Baptiste GUIARD-SCHMIDT, ancien expert ISPT OMS consultant
77. M. Issoufou TIENDREBEOGO, Président. Association African Solidarity

V. RDC

78. Philippe LARRIEU, Conseiller de Coopération et d'Action Culturelle Ambassade France
79. Dr Pierre LAMARQUE, CRCS
80. Patrick BOTREL, A T, Vice-primature et ministère du budget
81. Loic AUBRY, ISPT OMS Libreville
82. Dr Clémence BARRE, ISPT ONUSIDA
83. Virginie LEROY, Directrice adjointe, AFD
84. Jean-Claude LAPOLE KANGA, Dir. Cab Adjoint Vice-primature, Ministère du Budget
85. Dr LOKADI, Secrétaire général MSP
86. Dr. Bathé N'DJOLOKO Coordonnateur, MSP (Cellule d'appui et de Gestion)
87. Dr Georges BAKASWA, Directeur PNLT
88. Dr Serge, Directeur adjoint PNLT
89. Dr Theodore ASSANI, Directeur Adjoint du PNLS
90. Dr Joris, Directeur PNLP
91. Mr. Gaby BUKASA, Manager projet TB Caritas
92. Dr P. BUJALOS, Secrétaire Exécutif Permanent CCM Kinshasa
93. Laurent VERSCHUEREN, AT GIZ CAG MSP
Paul M'BODI, Associé KPMG
94. Georges-Louis LEVARD, Associé PWC
95. Ghislaine DJAPOUOP, Senior Manager PWC
96. Prosper BONGONGU, Manager PWC
97. Luc KANYIMBO, Assistant Manager : PWC
98. Me Mamisoa RANGERS, A T, point focal FM PNUD
99. Dr. Albert KALONJI, Coordonnateur Principal SANRU
100. Dr. Philippe LUKANU, Coordonnateur adjoint SANRU
101. Dr. GIKPAPA A GUDIJIGA John, Focal Point/FM SANRU
102. Dr Patrick KANKU Manager VIH SANRU
103. Wayne NILES, Responsable des opérations SANRU
104. Armande BASANGA AIS, Coordinatrice financière SANRU
105. Annie LEFEVRE, Chef de mission CORDAID
106. Dr. MILENGE KIBWA Pascal, Project Manager VIH CORDAID

- 107. Dr LONGONDO Eteni, point focal FM, USAID Ambassade des USA
- 108. Me LOLEM, PEPFAR
- 109. Dr. Adolphe NDARABU IGULU, D General Adjoint : Hôpital Monkole
- 110. Me Cynthia, Infirmière Chargée du VIH Hôpital Monkole 3
- 111. Mr Armand, Gestionnaire, Hôpital Monkole 3
- 112. Me Thérèse OMARI, Directrice Fondation Femme plus
- 113. Dr Maurizio FINETTI, Chef de délégation Croix-Rouge française
- 114. Dr Pascale BARNICH-MUNGWA Chef de mission DM/France
- 115. François BERDOUGO, Référent du plaidoyer VIH MDM/France
- 116. Mr Georges XXX Secrétaire Exécutif CCM Brazzaville

VI. OUGANDA

- 117. Madame Aline Kuster-Ménager Ambassadrice de la France
- 118. Célia Hitzges, Attachée Coopération
- 119. Thierry Vincent, CRCS Ambassade de France à Nairobi
- 120. Fredrick Matyama, Commissaire Adjoint Ministère des Finances
- 121. Juliet Kyokuhair Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique
- 122. Dr. Jim Arinaitwe Point Focal, Bureau de Coordination, Ministère de la Santé
- 123. Professeur Vinand Nantulya, Président CCM,
- 124. Syson Namaganda Laing Coordinateur
- 125. Angela Katagyira Mugume Responsable Programmes
- 126. Dowson Kalemba, LFA PWC
- 127. Rita MotLana,
- 128. Mabel Kakooza.
- 129. Dick Muhwezi Coordinateur TASO, Récipiendaire principal N° 2
- 130. M. Musa Bungudu Coordinateur Pays ONUSIDA
- 131. Dr. Jamas Guwani Conseiller M & E
- 132. Dr. Isabel Amoros Quiles Coordinateur médical, MSF
- 133. Caty Fall,
- 134. Tito Rwamushaija, Patrick Manlutac, Equipe pays du Fonds mondial
- 135. Daniel Yeo
- 136. Dr. Modibo Kassogue, Chef, "Keeping Children and Mothers Alive" UNICEF
- 137. Dr. Wondimagegnehu Alemu, Représentant Pays OMS,
- 138. Dr. Kaggwa Mugagga, Point Focal HIV ;
- 139. Dr. Juliet Bataringaya, Conseiller Pays, Health Systems
- 140. Dr. Joseph Imoko, Conseiller Pays, TB & TB/HIV
- 141. Dr. Charles Katureebe, Conseiller Pays, Paludisme
- 142. Dr. Susan Mpanga Mukasa, Directeur Exécutif PACE
- 143. Henry Semwanga Lule, Directeur Exécutif Adjoint PACE
- 144. Kate McIntyre, Directeur exécutif, AIDSPAN, Nairobi.

ANNEXE 4 : RAPPORTS DE MISSION PAYS



Un Réseau d'Expertise

RAPPORT DE MISSION BENIN

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

JUIN 2013

Liste des abréviations

AFD	Agence française de développement
APD	Aide Publique au Développement
ARV	Antirétroviraux
AVCI	Années de vie corrigées du facteur d'invalidité
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CEDEAO	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CICID	Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement
CNC	Comité de Coordination Nationale, c'est à dire Instance de Coordination Nationale
CRCS	Conseiller Régional de Coopération en Santé
CRS	Catholic Relief Services
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GAS	Gestion des Approvisionnements et Achats
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GMS	Grant Management Support (Appui à la gestion des subventions) – Equivalent américain de l'initiative 5%
ICN	Instance de Coordination Nationale
IDH	Indice de Développement Humain
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LFA	Agent Local du Fonds Mondial
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
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
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
ROBS	Réseau des ONG béninoises en Santé
RP	Réциpiendaire Principal
RSS	Renforcement du système de santé
SR	Sous-Réциpiendaire
SEIB	Société d'électricité industrielle et de bâtiment
TB	Tuberculose
UCP/PRPSS	Unité de coordination du projet de renforcement de la performance du système de santé
USAID	Agence Américaine pour le Développement

1. INTRODUCTION

La mission au Bénin s'est déroulée du 6 au 12 juin 2013. Le programme de travail ainsi que la liste des personnes rencontrées sont présentés en annexe 1 au présent rapport.

Cette mission a été réalisée par Mme Elisabeth Antunes, membre de l'équipe d'évaluation et le Dr Comlan Nicaise Davo, expert local béninois. Elle a été conçue et organisée comme une véritable étude de cas permettant de conduire une analyse approfondie des différentes problématiques de l'évaluation et de tirer des enseignements et recommandations s'appliquant à l'ensemble de la zone géographique considérée dans le cadre de la présente évaluation.

2. LE BÉNIN ET SES PAYS LIMITOPHES

Le Bénin couvre une superficie de 112 622 km et s'étend sur 670 km, du fleuve Niger au nord à la côte Atlantique au sud. Le Bénin comptait 8,8 millions habitants en 2009. Plus de la moitié de cette population est féminine (52%). La population du Bénin est essentiellement jeune : 46,4% a moins de 15 ans et 44,6% a un âge compris entre 15 et 49 ans.

Le Bénin fait partie de la CEDEAO. Il a comme voisins le Togo à l'ouest, le Nigeria à l'est, et au nord, le Niger et le Burkina Faso. La population vivant en milieu urbain représente 38% du total. L'espérance de vie à la naissance était de 57 ans en 2008 (versus 51 ans en 1990)⁷.

En 2007, Les dépenses publiques de santé représentaient 10,7% du total des dépenses publiques (versus 11,3% en 2000) et équivalait à 70 \$ PPA per capita⁸.

Entre 1980 et 2012, l'Indice de Développement Humain (IDH) du Bénin a augmenté de 2,2% par an, passant de 0,253 à 0,436, ce qui place aujourd'hui le pays au 166^{ème} rang sur 187 pays disposant de données comparables. L'IDH de l'Afrique Subsaharienne en tant que région est passé de 0,366 en 1980 à 0,475 aujourd'hui, plaçant le Bénin en-dessous de la moyenne régionale.⁹

3. LA SITUATION SANITAIRE DU BENIN EN 2010

Le système de santé béninois est basé sur les soins de santé primaire et l'initiative de Bamako. Il est organisé en 34 zones sanitaires.

En 2006, le Bénin comptait 1 médecin pour 7 006 habitants, 1 infirmière pour 1 900 habitants, 1 sage-femme pour 1 726 femmes en âge de procréer, et 1 technicien de laboratoire pour 16 132 habitants. A l'horizon 2015, plus de 25% des médecins spécialistes pourront faire valoir leur droit à la retraite¹⁰.

La figure ci-dessous présente les principales causes de la charge de morbidité en % des années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) totales :

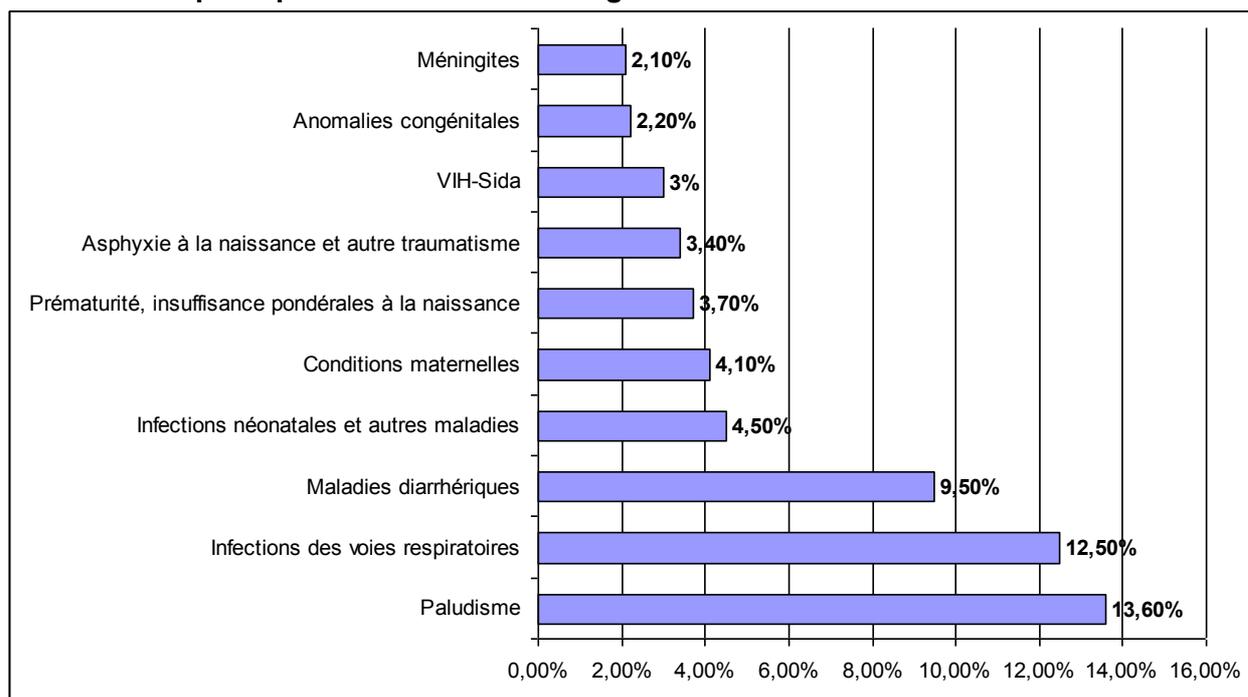
⁷ Fiche d'Information des Statistiques Sanitaires – 2010 – OMS – Bureau régional de l'Afrique

⁸ Op. Cit.

⁹ Source PNUD– Rapport 2013

¹⁰ Source : Fonds mondial

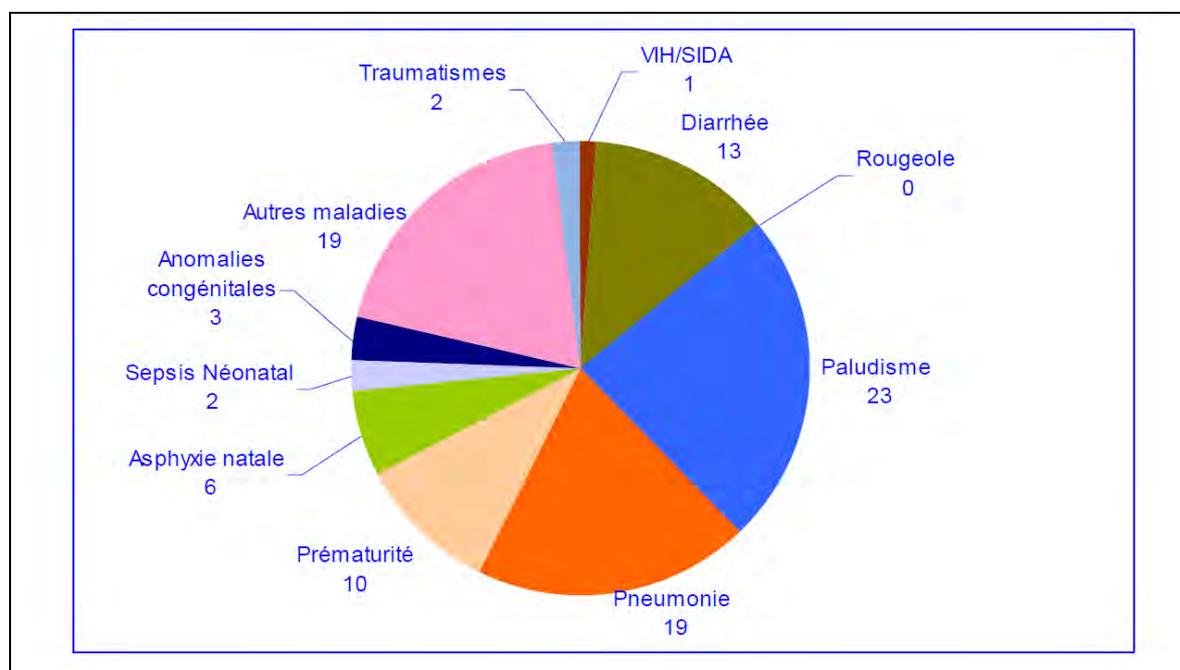
Les principales causes de la charge de morbidité en % des AVCI totales



Source : Bénin – Analyse de la situation sanitaire 2010 – WHO-AFRO

Les principales causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans sont présentées dans la figure ci-après :

Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans au Bénin (Pourcentage) 2008



Source : Bénin, Fiche d'Information des Statistiques Sanitaires – 2010 – OMS – Bureau régional de l'Afrique

Cette figure montre que 23% des décès enregistrés chez les enfants de moins de cinq ans sont dus au paludisme.

LE PALUDISME

Le paludisme demeure la première cause de consultation et de décès dans les formations sanitaires. Plus de 40% des cas de paludisme sont enregistrés chez les enfants âgés de moins de cinq ans. La grande majorité des décès (près de 75%) chez les petits enfants¹¹. Depuis octobre 2011, le Bénin a mis en place une nouvelle stratégie pour la prise en charge du paludisme prévoyant la gratuité des soins (prévention et traitement) pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

LE VIH-SIDA

La prévalence du VIH-Sida au sein de la population générale est estimée à 1,2% avec une féminisation de l'épidémie : 1,5% chez les femmes versus 0,8% chez les hommes (sexe ratio de 188 femmes infectées pour 100 hommes). Cette situation est variable selon les zones sanitaires et le milieu de résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,7%) qu'en milieu rural (0,9%)¹².

QUELQUES CHIFFRES CLEFS

- Environ 70% des femmes enceintes sont dépistées,
- Environ 49 % des femmes enceintes séropositives sont sous antirétroviraux (ARV),
- 80 % des personnes éligibles vivant avec le VIH reçoivent des ARV (Soit environ 28 000 personnes),
- Seulement 30% des enfants de 0 à 15 ans reçoivent des ARV,
- Le taux de survie à 12 mois est passé de 89,8% en 2008 à 93% en 2011.

Le budget national consacré à l'achat des ARV a été multiplié par trois entre 2012 et 2013. En 2013, ce budget représente 1,3 milliard de FCFA (soit quasiment 2 millions d'Euros).

Environ 18% du total de la phase 2 des subventions VIH-Sida actuellement en vigueur sont consacrés à la PTME (prévention de la transmission mère-enfant).

Le montant total des dépenses consacrées au VIH/Sida est passé de 9,9 milliards de FCFA (soit 15,2 millions d'Euros) en 2006 à 15,4 milliards de FCFA (soit 23,4 millions d'Euros) en 2009.

Evolution des dépenses totales de la riposte au VIH/Sida de 2006 à 2009

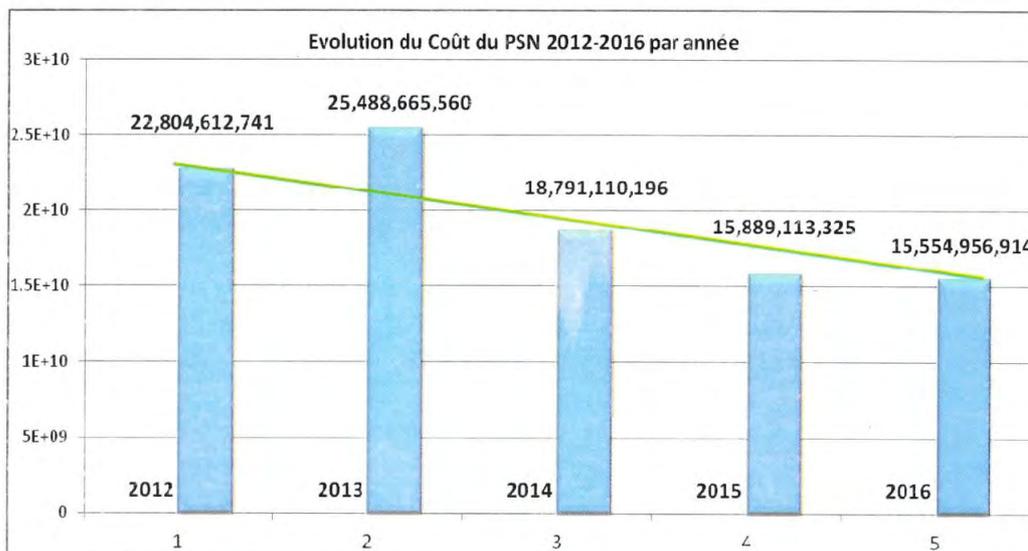


Comité National de Lutte contre le Sida - Rapport REDES 2008-2009

¹¹ Programme National de Lutte contre le Paludisme – Ministère de la Santé – Rapport de revue de la performance du PNLP - 2011

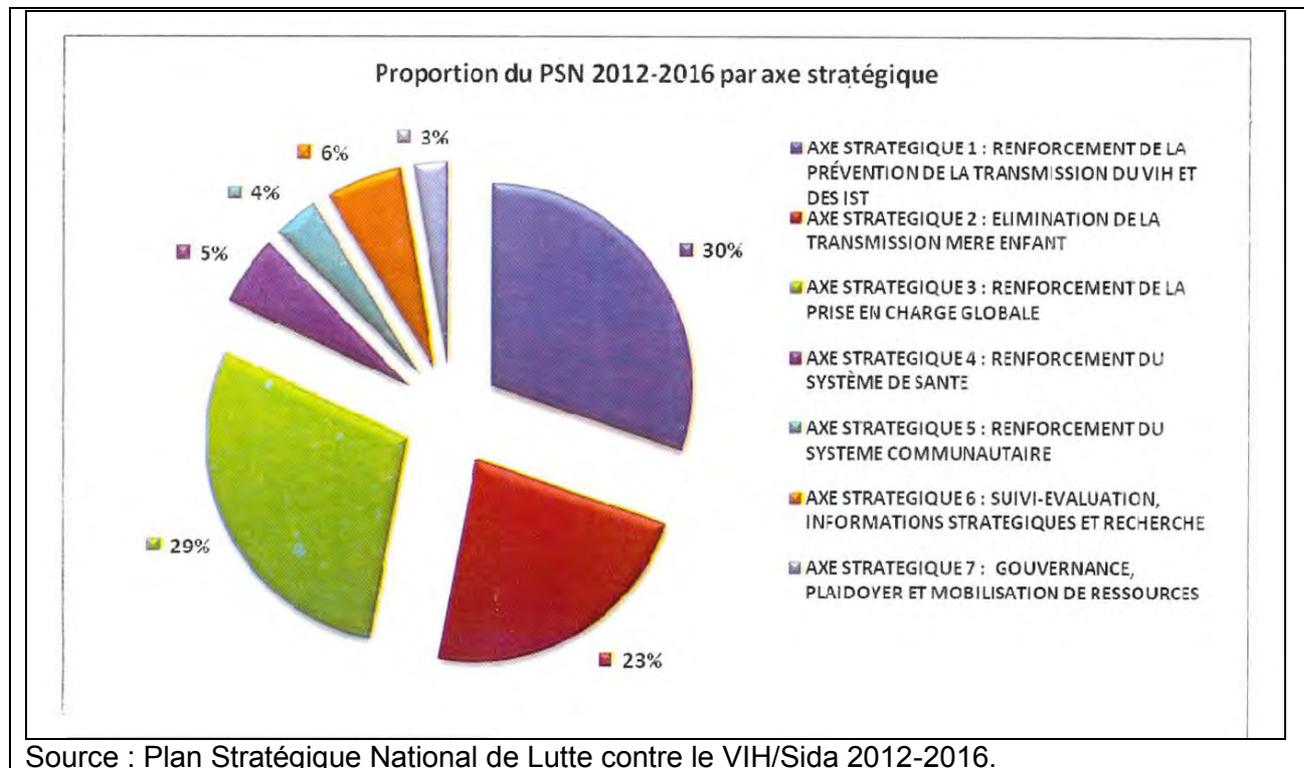
¹² Source : Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST – 2012-2016 – Comité National de Lutte contre le Sida

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida pour la période 2012-2016 prévoit également une augmentation des dépenses consacrées à la riposte VIH-Sida, tel que présenté dans la figure ci-après :



Source : Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2012-2016.

Sept axes stratégiques ont été définis dans ce plan, tel que présenté dans la figure ci-après. Selon les estimations prévues, 23% du total des dépenses concernent l'axe stratégique N°2 « Elimination de la transmission mère-enfant ».



Source : Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2012-2016.

TUBERCULOSE (TB)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le système de prise en charge de la tuberculose au Bénin a permis d'atteindre¹³ :

- un taux de détection de la tuberculose contagieuse supérieur à 70%,
- un taux de succès des cas traités évalué à 90% en 2010.

Le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) présente de bons résultats et constitue un modèle pour la région.

4. LE PORTFOLIO DES SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL AU BENIN

4.1. HISTORIQUE DES SUBVENTIONS ACCORDÉES AU BÉNIN

Depuis 2003, le Bénin a bénéficié au total de 11 subventions du Fonds Mondial (5 HIV/SIDA, 3 TB et 3 Paludisme) représentant un total de 181,1 millions d'US Dollars, repartis comme suit entre les trois maladies : 62,7% accordés au VIH-Sida, 27% au paludisme, 10,3% à la tuberculose¹⁴.

OBSERVATION

Le volume financier des subventions accordées à la lutte contre le paludisme est 2,3 fois moins élevé que les montants disponibles pour le VIH-sida. Or le paludisme représente la première cause de consultation et de mortalité au Bénin, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans.

Il convient cependant de noter que le programme paludisme est soutenu par la *President's Malaria Initiative (PMI)*, tandis que le VIH-sida est uniquement soutenu par le Fonds mondial.

Le Fonds mondial intervient sur un principe de complémentarité avec les financements consentis par les autres partenaires techniques et financiers.

4.2. LE PORTEFEUILLE DES SUBVENTIONS ACTIVES

Il y a au total six récipiendaires principaux (RP) au Bénin :

- Deux programmes nationaux du Ministère de la Santé : Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Trois Organisations non gouvernementales (ONG) internationales : Plan Bénin, Africare, Catholic Relief Services(CRS) ;
- Une coalition d'entreprises représentées par la Société d'Electricité Industrielle et de Bâtiment (SEIB) chargée de la lutte contre le VIH-Sida et la stigmatisation dans le milieu du travail).

Le Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est sous-réceptiendaire (SR) de l'ONG Africare.

¹³ Source : OMS - Bénin

¹⁴ Subventions approuvées du round 1 à la phase de transition actuelle. Source : Fonds mondial

Le GIP Esther est également sous-réceptaire de (Plan Bénin) pour le volet appui psychologique et social. Il s'agit d'un nouveau projet qui vise la formation, le suivi et la gestion de 486 médiateurs/médiatrices répartis sur le territoire national.

Le Fonds mondial est devenu le principal contributeur pour la lutte contre le sida au Bénin avec plus de 80% des financements alloués à cette maladie. Depuis fin 2012, le Fonds mondial est l'unique partenaire financier intervenant dans le domaine du sida. Le pays recherche actuellement la possibilité d'obtenir des financements complémentaires à travers des mécanismes innovants de collecte de ressources complémentaires. Par ailleurs, le financement du Fonds Mondial couvre autour de 70% du budget du Programme National de Lutte contre la Tuberculose. L'Agence américaine pour le développement (USAID) soutient le Programme National de Lutte contre le Paludisme (assistance technique, appui à la gestion des stocks, système d'information logistique), pour un montant de 16 millions d'US\$ en 2013.

Le Bénin est donc fortement dépendant de l'aide extérieure (en particulier du Fonds mondial) pour la lutte contre les trois maladies.

Le tableau ci-après présente de manière synthétique chacune des subventions par maladie, les montants approuvés et décaissés, les niveaux de performance programmatique et financière obtenus.

Synthèse des subventions accordées au Bénin de l'origine à nos jours

Composante	Série	N° Subvention	Récipiendaire principal	Durée (nbre de mois)	Performance financière				Performance programmatique	
					Montant total	Montant décaissé	Pourcentage décaissement	Temps écoulé	Touts les indicateurs	Dernière notation FM
Malaria	1	BEN-102-G016M-00	PNUD	119	\$ 2 565 927	\$ 2 565 927	100%	100%	89%	B2
Tuberculose	2	BEN-202-G02-T-00	PNUD	113	\$ 2 831 213	\$ 2 831 213	100%	89%	93%	A
HIV/SIDA	2	BEN-202-G03-H-00	PNUD	117	\$ 15 276 163	\$ 15 276 163	100%	90%	75%	B1
Malaria	3	BEN-304-G04-M	AFRICARE	101	\$ 2 456 930	\$ 24 225 233	986%	156%	77%	B1
HIV/SIDA	5	BEN-S06-G05-H	Ministère de la Santé	75	\$ 30 723 691	\$ 30 723 691	100%	75%	81%	B2 ¹⁵
Tuberculose	6	BEN-607-G06-T	Ministère de la Santé	70	\$ 5 992 325	\$ 5 992 325	100%	62%	88%	A1
Malaria	7	BEN-708-G07-M	Catholic Relief Services	57	\$ 15 852 450	\$ 15 049 714	95%	80%	110%	A2
HIV/SIDA	Phase transitoire	BEN-H-BEN PNLs	Ministère de la Santé (PNLS)	30	\$ 45 672 557	\$ 18 563 118	41%	72%	43%	X
HIV/SIDA	Phase transitoire	BEN-H-PlanBen	Plan Benin	30	\$ 15 137 008	\$ 9 603 324	63%	72%	83%	B2
HIV/SIDA	Phase transitoire	BEN-H-SEIBsa	Société Industrielles d'Electricité et Bâtiments	30	\$ 7 307 537	\$ 4 340 443	59%	72%	68%	X
Tuberculose	Phase transitoire	BEN-T-PNTUB	Ministère de la Santé	33	\$ 9 884 453	\$ 6 071 864	61%	50%	100%	A2

Source : Fonds Mondial – Avril 2013

Légende :

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

¹⁵ Ce montant représente les fonds uniquement approuvés pendant la première phase alors que les montants décaissés comprennent les fonds décaissés pendant les Phases 1 et 2.

Sur le portefeuille des six subventions actives, cinq ont été renouvelées en 2013 pour une période de trois ans (jusqu'en 2015). La Phase 2 de la subvention Paludisme gérée par CRS s'achèvera en juin 2013 et sera reconduite pour une période de deux années supplémentaires dans le cadre du mécanisme transitoire de financement.

Pour la période 2010-2015, trois bénéficiaires principaux ont été retenus dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'accélération de l'accès aux services de prévention et de traitement de l'infection au VIH :

- Le PNLS a été désigné comme Bénéficiaire Principal du Gouvernement pour les activités suivantes : PTME, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), sécurité transfusionnelle et précaution universelle, traitement antirétroviral et suivi, prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes, communication pour le changement de comportement auprès des travailleuses du sexe et des personnes privées de liberté, distribution de préservatifs aux travailleuses du sexe, accès aux conseils et tests de dépistage ;
- Plan Bénin a été désigné comme Bénéficiaire Principal de la société civile pour les activités suivantes : distribution de préservatifs, soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, réduction de la stigmatisation dans tous les contextes, communication pour le changement de comportements auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des usagers de drogues injectables, des jeunes déscolarisés, des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les femmes enceintes, relais communautaires et appui pour les malades chroniques ;
- La SEIB a été désignée comme Bénéficiaire Principal du secteur privé pour les activités suivantes : élaboration de politiques de prévention et dépistage du VIH-Sida sur les lieux de travail, notamment dans les secteurs du bâtiment, de l'hôtellerie et des routiers, renforcement de la société civile et des capacités institutionnelles, promotion des mutuelles de santé, accompagnement en génie civil pour la réhabilitation de la Centrale d'Achat en Médicaments Essentiels (CAME).

Deux bénéficiaires principaux ont été retenus pour le paludisme : CRS et Africare. Ces deux RP interviennent sur les mêmes types de prestation : disponibilité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans, suivi et formation au niveau communautaire, mais dans des zones sanitaires différentes.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est sous-bénéficiaire de Africare. Le PNLN est notamment en charge de l'organisation de la deuxième campagne (2014) de distribution de masse de moustiquaires imprégnées. Ce contexte pose quelques difficultés de fonctionnement incluant :

- les relations et le positionnement respectif des deux parties prenantes : l'ONG Africare est le RP mais le SR représente l'autorité nationale dans le domaine du paludisme, ce qui peut poser des problèmes dans la gestion de la subvention et de « légitimité » du RP. Dans le cadre de la mise en place de la phase 2 des subventions, il a été proposé au PNLN d'être co-RP de la subvention paludisme. Ce programme n'a cependant pas répondu favorablement à cette proposition ;
- la nécessité de renforcer les capacités de gestion du PNLN.

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose est l'unique bénéficiaire principal dans le domaine de la tuberculose. Comme déjà souligné précédemment, ce programme présente de bons résultats. Il a obtenu des échéances de décaissement annuelles (versus six mois pour les autres bénéficiaires), 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.

5. SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS ET DÉBATS INTERVENUS PENDANT LA MISSION

5.1. LE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ NATIONAL DE COORDINATION (INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE)

Le Comité National de Coordination (CNC) est composé de 48 membres au total. Ce comité est présidé par le Pr Dorothée Akoko Kinde-Gazard, ministre de la Santé. Le vice-président est un représentant de la Société Civile (ROBS - Réseau des ONG Béninoises en Santé).

Le CNC se réunit entre 6 et 8 fois par an (au minimum une session ordinaire par semestre, ainsi que des réunions extraordinaires sur des sujets spécifiques).

Parmi les membres du CNC, figurent les représentants des programmes multilatéraux (Banque Mondiale, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, FNUAP, OMS, Délégation de l'Union Européenne) et les partenaires bilatéraux suivants : France, USAID, Allemagne, Canada, Suisse, Belgique et Danemark. En dehors de la France et d'USAID, les autres coopérations bilatérales sont rarement présentes aux réunions du CNC.

La présidence du CNC par la Ministre de la Santé pose des problèmes d'indépendance vis à vis de ce ministère et crée des risques potentiels de conflits d'intérêt au moment notamment de la préparation des projets, des arbitrages financiers et du choix des bénéficiaires (incluant les programmes nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Il existe actuellement un débat important au Bénin sur la compatibilité d'être à la fois membre du CNC et bénéficiaire principal.

Certains membres du CNC considèrent que cette situation présente certains avantages et permet un meilleur alignement des projets financés par le Fonds mondial sur les stratégies et les priorités nationales. Par ailleurs, la Ministre peut utiliser son autorité pour régler certains problèmes surgissant dans l'exécution des subventions.

Pour d'autres membres, cette situation crée au contraire des difficultés de fonctionnement et « politise » les débats au sein du CNC dont la vocation est avant tout d'être une instance technique. Des difficultés liées notamment à la disponibilité d'un ministre pour assurer le travail préparatoire et un suivi régulier des travaux du CNC sont mises en avant, de même que les aspects d'indépendance et de « liberté de parole » pendant les réunions. Pour ces mêmes interlocuteurs, le CNC doit être conçu comme un espace de démocratie, d'échange et de dialogues franc, or il est difficile de pouvoir s'exprimer librement dans une assemblée présidée par un ministre. Cette situation est d'autant plus délicate qu'au Bénin, le processus de vote est à main levée. Enfin, certains considèrent qu'un CNC présidé par un Ministre de la Santé, devient de fait, une institution sous tutelle de ce ministère.

Au delà de ces aspects de leadership, les capacités de management et de supervision du CNC au Bénin sont limitées, ses modalités de fonctionnement internes insuffisamment précises, les attributions des membres de son bureau exécutif pas clairement définies.

A partir d'une synthèse de l'ensemble des témoignages et avis recueillis à l'occasion de cette mission, le consultant a résumé ci-après les principaux points d'achoppement à améliorer :

- Les documents préparatoires aux réunions du CNC sont adressés tardivement ce qui ne laisse pas suffisamment de temps aux membres d'en prendre connaissance et

de « réagir ». Il convient donc de rechercher davantage de transparence à travers des réunions mieux préparées et anticipées ;

- La société civile est représentée au sein du CNC, 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 de cette instance et du Fonds mondial, 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 ;
- Les capacités de gestion du secrétariat permanent doivent être renforcées ;
- Absence de budget de fonctionnement du CNC (cette instance n'a pas soumis de demande au Fonds mondial) ;
- Insuffisante capacité de supervision permettant d'identifier les obstacles à la mise en œuvre des programmes et de déterminer les appuis en assistance technique permettant de résoudre ces situations.

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

Dans l'attente des résultats de cette étude, le CNC 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, d'influer sur le développement des outils et mécanismes permettant d'améliorer les dysfonctionnements constatés, de contribuer à l'identification des besoins en formation des membres du CNC et de promouvoir l'expertise bilatérale susceptible d'apporter les appuis nécessaires ;
- Une commission de gestion des risques de conflits d'intérêts (dans l'attente des conclusions de l'étude conduite actuellement par GMS).

Afin de permettre au CNC d'être plus opérationnel et plus réactif, il est également envisagé (et cela semble être une tendance dans plusieurs autres pays africains) de réduire le nombre de membres de quarante huit actuellement à une vingtaine dans le futur.

Environ 29% des sièges actuels sont occupés par les partenaires techniques et financiers (bilatéraux et multilatéraux). Si cette même proportion est gardée dans le futur, seuls cinq à six sièges seront disponibles pour les partenaires multilatéraux et bilatéraux au sein du CNC (versus 14 aujourd'hui).

POINT DE VIGILANCE

Avec la diminution de la taille du CNC, le nombre de représentants des partenaires techniques et financiers (PTF) siégeant au sein de cette instance sera également réduit.

Ce contexte doit amener ces partenaires à définir des modalités et un cadre de concertation, leur permettant de désigner leur représentant au sein du CNC et de faire valoir leur voix et orientations.

La France doit anticiper ces modifications et mettre en œuvre la stratégie requise afin de continuer à siéger au sein de ce comité.

5.2. LA PLACE DES ONG BÉNINOISES DANS LES PROGRAMMES FINANCÉS PAR LE FONDS MONDIAL

Les ONG béninoises regrettent de n'occuper qu'une place très limitée dans les programmes financés par le Fonds Mondial car seules des ONG internationales ont été retenues comme bénéficiaires principaux.

Les ONG locales reconnaissent qu'elles ne présentent a priori pas les mêmes « garanties » qu'une ONG internationale concernant leur savoir-faire et capacités de gestion. Toutefois ces ONG déplorent le fait qu'il leur sera difficile de renforcer ces compétences si elles continuent à être exclues de la liste des opérateurs.

Il est également important de mentionner que ces « revendications » interviennent alors qu'il est question de réduire le nombre de sous-bénéficiaires afin de limiter les risques financiers liés aux transferts de fonds des RP vers les SR, ainsi que les frais de gestion. La place accordée aux ONG locales pourrait donc se réduire encore davantage, or l'implication de ces ONG participe de l'appropriation pays, du transfert de compétences et de la promotion de la société civile locale.

POINT DE RÉFLEXION

Etudier la possibilité de promouvoir des partenariats (consortium) entre les ONG internationale et les ONG locales.

5.3. LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES OPÉRATEURS

a) Des procédures de gestion des subventions compliquées et trop souvent modifiées

Les procédures de gestion des subventions du Fonds mondial sont perçues par les opérateurs comme compliquées, demandant beaucoup de temps et dans certains cas pas toujours adaptées au contexte du Bénin.

Par ailleurs, au cours des trois ou quatre dernières années, ces procédures ont connu des changements et ajustements fréquents, rendant encore plus difficile 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.

Presque tous les interlocuteurs rencontrés déplorent cette situation qu'ils vivent avec une certaine frustration. Certains estiment que cela traduit un manque de confiance du Fonds mondial vis-à-vis des opérateurs, en multipliant notamment les procédures de demande de

non objection en amont de la mise en place des activités. Ce contexte a des conséquences sur le respect des calendriers d'exécution des activités prévues.

Enfin, certains opérateurs ont rencontré de réelles difficultés pour trouver des solutions alternatives face aux exigences du Fonds mondial (entraînant là encore des retards dans la mise en œuvre des activités).

UN EXEMPLE CONCRET

Le Fonds mondial demande que les paiements en espèces soient limités et qu'un paiement par chèque soit privilégié. Ce mécanisme (qui permet certes une plus grande transparence et traçabilité dans le paiement) est difficile à mettre en place dans les zones rurales reculées et auprès de communautés qui ne disposent pas d'un compte en banque et qui n'ont pas accès à ce type de service. Un compromis a finalement été trouvé utilisant les relais des Caisses Locales Agricoles. Cependant, le programme a enregistré plusieurs mois de retard et les populations cibles n'ont donc pas pu bénéficier de l'appui prévu au cours de cette période.

Enfin, l'ensemble des documents contractuels sont rédigés en anglais 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'Organisation Internationale de la Francophonie 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.

b) Délais d'obtention des avis de non objection et délais de paiement

En moyenne au Bénin, les décaissements enregistrent des retards de quatre à six mois.

Ainsi, début juin (au moment du déroulement de la présente mission) aucun RP n'avait encore reçu le versement de la tranche de la subvention pour le semestre quasiment achevé. Il est également vrai que la mission du consultant est intervenue pendant la période de renouvellement des subventions (phases 2), ce qui explique des délais de décaissement supérieurs à ceux normalement enregistrés (habituellement les autorisations de décaissement enregistrent des retards de 4 à 5 mois).

Dans le même temps, le Fonds mondial n'accepte pas que les opérateurs préfinancent des activités qui seraient ensuite remboursées sur les subventions du Fonds mondial.

Les retards dans les décaissements 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 requises pour le décaissement des différentes tranches de subvention (*conditions precedent*).

Ainsi, la composante « appui au renforcement du système de santé (RSS) » prévue dans le cadre des subventions du Fonds mondial prévoyait les activités suivantes : renforcement des compétences des ressources humaines, développement des capacités de gestion du système de santé, renforcement du leadership et de la gouvernance au niveau du ministère de la Santé. Cette composante prévoyait notamment la mise en place d'un système de paiement basé sur les résultats dans les 34 zones sanitaires avec un appui technique coordonné de plusieurs partenaires : Banque Mondiale (8 zones), GAVI (6 zones),

Coopération Technique Belge (3 zones) et Fonds mondial (17 zones). Des outils communs de suivi et évaluation ont été définis.

Dans la pratique, seule la Banque Mondiale a effectivement mis en place sa composante du projet.

Les activités prévues sur financement du Fonds mondial ont été reportées de la phase 1 (qui s'est achevée fin 2012) à la phase 2 (actuellement en vigueur). Cette composante n'a pu démarrer pendant la Phase 1 du fait du retard enregistré par le bénéficiaire principal (PNLS) à produire un rapport d'évaluation des capacités du sous-bénéficiaire à mettre en œuvre les différentes activités prévues (conditionnalité prévue dans le contrat de subvention pour le décaissement des tranches des subventions afférentes à cette composante). Cette évaluation était d'autant plus importante que le volet RSS représentait environ 40% des activités de la composante VIH. Le rapport d'évaluation du SR n'a été soumis par le PNLIS que fin 2011, soit environ 6 mois avant le renouvellement Phase 2.

Face aux difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des composantes relatives au renforcement du système de santé, la désignation d'un quatrième Bénéficiaire Principal a été récemment recommandée par le Fonds Mondial pour la mise en œuvre de cette composante pendant la Phase 2. L'Instance nationale de coordination a proposé l'Unité de Coordination du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (UCP/PRPSS) comme Bénéficiaire Principal. L'évaluation des capacités du RP proposé était en cours en juin-juillet 2013.

Le tableau ci-après illustre les différentes étapes du processus d'approbation et les délais requis.

Les différentes étapes du processus et les délais requis

ETAPE	DÉLAIS
Au démarrage du projet, le RP reçoit un premier financement représentant environ 9 mois de fonctionnement de ses activités. Il soumet au Fonds mondial un premier rapport d'activité et une demande de décaissement à l'issue des six premiers mois de fonctionnement	Le RP dispose donc d'une avance de trésorerie-tampon de trois mois.
Etapes	Décompte
Le RP dispose de 45 jours (1,5 mois) à l'issue de la fin du semestre pour soumettre son rapport d'activités au Fonds Mondial	1,5 mois
A l'issue de la soumission du rapport, l'Agent Local du Fonds mondial procède aux différents contrôles et vérifications prévus dans son contrat et rencontre chaque RP pour lui demander des points d'éclaircissement et lui présenter un rapport oral de restitution sur les conclusions de son intervention.	Au Bénin, les délais de finalisation des contrôles et vérifications par l'Agent Local du Fonds représentent environ 2 mois pour les 6 RP (ces délais sont rallongés en cas de difficultés rencontrées).
Sous-Total	3,5 mois
L'Agent Local du Fonds adresse son rapport pour chacun des RP au gestionnaire du portefeuille à Genève qui à son tour entre en contact avec chacun des RP à la fois sur la période écoulée et les prévisions futures	Délais d'approbation finaux variables selon les situations et difficultés éventuellement rencontrées

En parallèle : Analyse et délais requis pour l'approbation des documents soumis par les RP afin de remplir les conditionnalités énoncées dans le contrat pour le décaissement de chacune des tranches de la subvention

Délais variables en fonction des situations et de la nature des conditionnalités, pouvant conduire jusqu'à une suspension pendant plusieurs mois de certaines activités pour lesquelles les RP rencontrent des difficultés à remplir les pré-requis, telles que par exemple la composante « Renforcement du système de santé » prévue dans la subvention allouée au PNLS.

Bien que très schématique et général (n'intégrant toutes les nuances dans le processus), cette figure illustre le fait que mathématiquement, il est difficile de faire coïncider les niveaux et délais requis pour la réalisation des vérifications et contrôles tels qu'ils existent aujourd'hui, avec des avances de trésorerie limitées.

En outre, ce contexte pose des problèmes et contradictions telles que :

- Le système de notation utilisé par le Fonds mondial est basé sur le niveau de mise en œuvre des activités programmatiques ainsi que sur les aspects de gestion du programme par le RP (à savoir la gestion financière, le suivi et évaluation, la gestion des approvisionnements et des stocks, etc.). Il est cependant difficile pour les opérateurs d'atteindre les niveaux d'objectifs fixés alors que les financements ne sont pas disponibles ;
- Un impact sur la cohérence et la continuité des actions financées ;
- Ces délais de décaissement conduisent parfois les opérateurs à maintenir uniquement leurs frais de structure (loyers et dépenses récurrentes des bureaux, 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 ;
- Une autre conséquence de cette situation est que pour rattraper les retards enregistrés, une fois les décaissements accordés, certains opérateurs déploient leurs activités sur des périodes de temps 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 d'ensemble du projet tel qu'il avait été conçu¹⁶.

¹⁶ Les conditionnalités associées aux accords de subvention sont discutées pendant les négociations des accords et les délais sont définis de commun accord entre les RPs et le FM

RECOMMANDATION

Délais de décaissement : Il s'agit d'un point important à améliorer pour la « fluidité » et la dynamique des actions sur le terrain, mais également afin de permettre aux opérateurs de respecter leur cadre de performance programmatique et financière. Le Fonds mondial est favorable à des échéances de décaissement annuelles et à une augmentation des avances tampons de trésorerie. Il faut cependant que les RP présentent l'ensemble des critères et garanties permettant de faire basculer leurs subventions sur cette échéance annuelle. Au Bénin, seul le PNLT a bénéficié de cet allongement des périodes de décaissement.

Conditionnalités associées au décaissement des différentes tranches de la subvention :

Du point de vue du Fonds mondial : Prendre davantage en compte (dès la signature du contrat de subvention) les risques potentiels sur le plan opérationnel, dialoguer davantage avec le CNC et les RP pour identifier les obstacles et solutions possibles et les inciter à mieux préparer ces aspects. Depuis quelques mois, les gestionnaires de portefeuille ont une présence plus marquée sur le terrain ce qui devrait permettre d'améliorer les difficultés actuellement rencontrées.

Du point de vue des bénéficiaires et partenaires techniques : Mieux anticiper ces conditionnalités (avant la fin de l'échéance considérée) et mobiliser davantage et de manière plus coordonnée les partenaires techniques pouvant appuyer les RP à remplir ces conditionnalités.

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. Au Bénin, l'ensemble des RP à l'exception du PNLT 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.

De manière plus générale, il est parfois demandé au RP de résoudre des problèmes « systémiques » qui ne sont pas de leur ressort, et qui relèvent davantage des prérogatives du système de santé dans lequel ils inscrivent leurs actions.

c) Approvisionnements – Achats

Pour l'ensemble des RP et SR concernés, 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.

Le PNLT a semble-t-il bien maîtrisé la méthodologie d'élaboration du Plan GAS, ainsi que son processus de planification et gestion.

Le PNLP bénéficie d'un soutien technique de l'USAID qui contribue à appuyer cette démarche.

La situation est en revanche plus délicate pour le PNL5, qui est pourtant le RP en charge de la planification et de l'approvisionnement en ARV et autres réactifs tels que les tests CD4.

Sur cinq décaissements possibles depuis l'approbation de la phase 2 de cette subvention, deux seulement ont été effectivement réalisés. Le déroulement de la phase 1 de cette subvention avait déjà posé d'importants problèmes, avec des suspensions de financements pour des périodes de temps relativement longues, entraînant des ruptures de stocks des produits de santé et ARV. Les suspensions du versement des subventions ont été causées par un manque de planification des achats, une gestion inadéquate des stocks, un partage de responsabilités insuffisamment précis entre le PNL5 et la CAME.

Un agent fiduciaire a été désigné sur ce projet.

Les principales difficultés rencontrées par le PNL5 concernent :

- La maîtrise de la file active réelle ;
- La qualité des données disponibles sur les plans quantitatif et qualitatif servant de base à l'évaluation des besoins et des résultats ;
- La planification/quantification des besoins par rapport aux lignes thérapeutiques utilisées et aux besoins des patients (première ligne, deuxième ligne) ;
- La planification/quantification des besoins pour les ARV pédiatriques,
- Les procédures d'achat, gestion des stocks et distribution des médicaments et réactifs ;
- La gestion financière ;
- Les difficultés de coordination entre les tâches relevant du PNL5 et celles relevant de la CAME ;
- Sa capacité à remplir les conditionnalités requises pour le décaissement des différentes tranches de la subvention (en particulier pour la composante d'appui au renforcement du système de santé).

En résumé, une part importante des activités à mettre en œuvre par le PNL5 n'a pas encore démarré. Cela comprend le programme de renforcement du système de santé et les activités dépendant d'autres directions au sein du ministère de la Santé. Les capacités de gestion actuelles et les effectifs en personnel disponibles au sein du PNL5 ont besoin d'être renforcés afin de lui permettre de gérer dans les meilleures conditions l'étendue des activités prévues et leur complexité.

Un autre dysfonctionnement constaté 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.

A titre d'exemple, le PNL5 s'est trouvé confronté à une rupture imminente de stock en ARV en mars 2011. Face à cette situation d'urgence, l'USAID s'est chargée de l'approvisionnement en urgence des ARV (1,2 million d'US dollars). L'Agence a ensuite été

remboursée par le PNLS sur les fonds disponibles au compte de la subvention du Fonds mondial depuis décembre 2010.

Il ressort également des discussions avec les différents interlocuteurs rencontrés 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} ligne demeure très élevé).
- A restreindre les services aux patients dans les centres de distribution avant même que les ruptures de stocks ne soient rapportées¹⁷,
- Par ailleurs, le Bénin travaille avec un nombre élevé de lignes thérapeutiques (supérieur aux lignes directrices de l'OMS), rendant donc encore plus difficile de mesurer réellement les indicateurs de consommation par rapport à la file active.

Face aux difficultés rencontrées par le PNLS, trois programmes d'assistance technique ont été définis :

- Assistance technique court terme pour les procédures de passation des marchés (financée par l'Initiative 5%),
- Assistance technique long terme pour le renforcement de la gestion de la Centrale d'achat des médicaments essentiels (financée par le Fonds mondial et l'OMS),
- Assistance technique long terme pour le renforcement des réglementations et assurance qualité des produits – Appui à la Direction de la Pharmacie (financée par le Fonds mondial et l'OMS).

OBSERVATION DU CONSULTANT

Selon le consultant, c'est un appui global et intégré qu'il conviendrait d'apporter à l'ensemble des problématiques rencontrées, incluant la gestion de la file active, la définition d'un nombre plus limité de schémas thérapeutiques, la quantification des besoins (incluant PTME, adultes, enfants), le processus d'approvisionnement, gestion des stocks et distribution, la gestion financière, un soutien au PNLS pour lui permettre de remplir les conditionnalités requises pour le décaissement des différentes tranches de sa subvention (en particulier renforcement du système de santé).

Plusieurs partenaires bi et multilatéraux pourraient intervenir mais dans le cadre d'un appui comprenant toutes les dimensions et facettes du problème.

Un tel appui s'inscrirait davantage dans une démarche de renforcement du système de santé et une approche plus systémique de renforcement des capacités institutionnelles au niveau national.

Face aux difficultés rencontrées, des discussions sont actuellement engagées concernant la mise en place au Bénin du Mécanisme Volontaire d'Achat Groupé pour une période transitoire.

¹⁷ Source : Etude diagnostique des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Bénin – Bureau de l'Inspecteur Général – Fonds mondial – Octobre 2012

OPINION DU CONSULTANT

Selon le point de vue du consultant, cette approche ne permettra de résoudre qu'une partie des difficultés rencontrées (la procédure de passation des marchés et le paiement direct des fournisseurs par le Fonds mondial).

En revanche, cette procédure n'apportera aucune solution aux problèmes liés à la quantification des besoins par rapport à une file active clairement délimitée, à la réduction des délais d'approvisionnement (près de 9 mois entre la commande et la livraison), à la gestion des stocks. L'utilisation de ce mécanisme apparaît également en contradiction avec l'objectif d'appropriation pays et de renforcement des systèmes de santé et des capacités institutionnelles. Il offre en revanche une plus grande sécurité au Fonds mondial concernant les risques financiers.

Il est important de veiller au juste équilibre entre, d'une part, l'objectif poursuivi de risque zéro (qui s'explique indéniablement par l'obligation de redevabilité du Fonds mondial vis-à-vis de ses contributeurs), et, d'autre part, la dynamique des projets et leur appropriation par les opérateurs nationaux.

d) Les indicateurs de résultats et d'impact utilisés

Des efforts considérables ont été déployés par le Fonds mondial pour introduire davantage d'indicateurs qualitatifs dans le suivi de ses subventions et des résultats à atteindre. 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 départ ne correspondent pas à la réalité de terrain. Cette situation peut conduire à ce qu'un RP, dont les seuils de départ ont été sous-estimés, obtienne une meilleure notation qu'un RP pour lequel les niveaux de référence de départ ont été surestimés (bien que le Fonds mondial ait introduit des mécanismes pour corriger ces éventuels écarts).

Il convient cependant également de souligner que la qualité et fiabilité des données n'est pas le problème du Fonds mondial seul, mais doit impliquer l'ensemble des partenaires techniques et financiers.

Concernant les mesures d'impact, aucune étude n'est réellement conduite pour mesurer cet impact (positif ou au contraire mitigé, incluant par exemple les niveaux d'efficacité d'une approche, les analyses coût-bénéfice, les effets pervers induits, les résistances éventuellement créées, etc.).

PROPOSITION DU CONSULTANT

Introduire davantage de recherche opérationnelle et programmatique dans les programmes financés par le Fonds mondial.

L'introduction de cette composante « recherche » doit cependant faire l'objet d'une préparation et concertation avec le Fonds mondial car elle est susceptible de poser des problèmes d'éligibilité quand il s'agit de nouvelles approches dans la prise en charge et/ou le traitement non encore reconnues par l'OMS.

e) Le nouveau modèle de financement

Tous les interlocuteurs rencontrés savent qu'un nouveau modèle de financement sera prochainement mis en place par le Fonds mondial. Tous connaissent les objectifs généraux poursuivis, mais peu, en revanche, ont une idée précise des conséquences et implications futures de ce nouveau modèle sur les procédures de choix des RP et les arbitrages financiers entre les trois maladies.

La mise en place du nouveau modèle de financement n'est pas anticipé au Bénin, aucune réflexion n'est actuellement conduite pour préparer cette nouvelle étape des relations avec le Fonds mondial.

RECOMMANDATIONS

- La consolidation du CNC 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,
- Un travail important de communication et information doit être réalisé par le Fonds mondial afin d'inciter les différents pays d'Afrique Subsaharienne (et le Bénin) à anticiper la mise en place de ce nouveau modèle de financement et ses conséquences,
- L'expertise française doit jouer un rôle important dans l'accompagnement du Bénin (et des autres pays CICID) à la mise en place de ce nouveau modèle.

6. LE DISPOSITIF DE SUIVI FRANÇAIS AU BÉNIN

6.1. LE POSITIONNEMENT DU CONSEILLER RÉGIONAL DE COOPÉRATION EN SANTÉ

Le Conseiller Régional de Coopération en Santé (CRCS) est basé à Cotonou et couvre les pays suivants : Bénin, Togo, Côte d'Ivoire, Nigeria, Libéria et Ghana.

Les principales difficultés qu'il rencontre peuvent être résumées comme suit :

- Difficultés à être présent à l'ensemble des réunions des Instances de Coordination Nationale des pays de sa zone d'intervention ;
- Difficultés à avoir une connaissance suffisante du contexte local concernant les trois maladies et du déroulement des subventions pour lui 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 à Cotonou contribuent parfois à faire remonter les informations utiles au CRCS ;
- Difficultés à identifier les messages qu'il doit faire passer au nom de la France au regard de sa stratégie et de ses priorités.

La situation est quelque peu différente au Togo grâce à la présence à l'Ambassade de France d'un Volontaire International très impliqué dans le suivi des subventions financées par le Fonds mondial et le fonctionnement de l'Instance de Coordination Nationale. Ce volontaire a développé une connaissance approfondie du contexte local et des difficultés rencontrées. Il en informe régulièrement le CRCS, qui peut dès lors avoir une participation beaucoup plus active et constructive lors des réunions de l'ICN. Sa présence (ou sa représentation par le Volontaire International) peut ainsi être mieux anticipée en fonction de l'ordre du jour et des enjeux de chacune des réunions.

PROPOSITION DU CONSEILLER RÉGIONAL SANTÉ

Passation d'un contrat-cadre avec des universités et/ou des bureaux d'étude (à travers par exemple l'initiative 5%) permettant de répondre aux besoins d'information et études spécifiques afin de fournir le « backup » technique requis aux CRCS et aux Services de Coopération et d'Action Culturelles en général.

6.2. LA PLACE DE L'INITIATIVE 5% AU BÉNIN

L'initiative 5% est encore mal connue au Bénin. Les parties prenantes connaissent son existence mais ne mesurent pas toujours le potentiel d'appui que peut apporter cette initiative.

Il y a parfois des confusions entre le canal 1 et le canal 2 de financement. Le Canal 1 n'est pas toujours compris dans toutes les possibilités qu'il offre. La communication et information à ce sujet doit donc être renforcée.

6.3. LE DISPOSITIF FRANÇAIS D'UN POINT DE VUE GÉNÉRAL

L'une des difficultés de la France est la fragmentation de ses intervenants et opérateurs : CRCS, Services de coopération et d'action culturelle, GIP Esther, Initiative 5%, Agence française de développement (AFD). Cette fragmentation conduit à un manque de valorisation globale des appuis et apports de l'expertise française et à une sous-estimation des volumes financiers alloués par la France. Il ne s'agit pas tant du nombre des intervenants, mais plutôt du manque de coordination entre eux et de l'absence « d'agrégation » des apports techniques et financiers de chacun.

Par ailleurs, le CRCS est régulièrement présent aux réunions du CNC mais plus rarement aux réunions mensuelles des partenaires techniques et financiers, qui constituent le cadre de concertation des interventions de chacun. C'est davantage l'AFD qui représente la France au sein de ce dispositif. Cette situation crée des difficultés en termes de relais d'information, de discontinuité des positions et messages à faire passer.

Le dispositif français apparaît donc peu visible et est parfois perçu comme confus.

RECOMMANDATIONS

Accroître la visibilité de la France et valoriser davantage sa contribution (au Fonds mondial mais également à travers ses programmes bilatéraux).

7. L'IMPLICATION DES AUTRES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

L'USAID est très présente et très impliquée au niveau du CNC, du comité de suivi stratégique (du CNC) et des réunions mensuelles des partenaires techniques et financiers (vice-présidence de cette instance).

L'USAID Bénin

Le budget annuel consacré à la santé s'est élevé à environ 30 millions US\$ en 2013 dont 16 millions pour le « President Malaria Initiative ».

Six personnes travaillent sur la santé : trois médecins, une maîtrise de santé publique, un expert logisticien et un assistant programmatique.

L'USAID soutient le Programme National de Lutte contre le Paludisme : assistance technique, appui à la gestion des stocks, système d'information logistique (PMI).

L'USAID vient en outre d'approuver un nouveau projet de 2 millions US\$ (avec une éventuelle possibilité d'extension à 3 ou 4 millions US\$) portant sur les trois populations vulnérables (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et usagers de drogues injectables). Les interventions financées par l'USAID s'inscrivent en complémentarité avec le projet régional financé par le Fonds mondial « Couloir Abidjan-Lagos », dont le RP est basé au Bénin. Les interventions financées par l'USAID concerneront la frontière entre le Bénin et le Togo (seule frontière du Bénin avec un autre pays francophone).

En résumé, pour une partie non négligeable de son intervention au Bénin, l'USAID inscrit son engagement dans le contexte et en complémentarité avec les activités financées par le Fonds mondial, ce qui lui permet d'avoir une présence très active dans le suivi de ces activités et le fonctionnement des Instance Nationales de Coordination.

L'OMS et l'ONUSIDA ont apporté une assistance technique pour la préparation du renouvellement de la subvention du Fonds Mondial pour le VIH-Sida.

L'Union contre la Tuberculose a appuyé le PNLT dans la préparation de la deuxième phase de la subvention et poursuit son assistance technique pendant la mise en œuvre (incluant une composante recherche).

Le PMI appui le PNLP sur le plan des approvisionnements et achats et les aspects de gouvernance.

UNICEF s'est beaucoup impliqué sur la composante PTME et ARV pédiatriques.

8. RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations issues de cette mission au Bénin peuvent être résumées comme suit :

- Veiller au juste équilibre entre une rigueur beaucoup plus accentuée de la part du Fonds mondial concernant les risques financiers, et les aspects opérationnels, respects des calendriers d'exécution, appropriation nationale, dynamique des projets ;
- Identifier les solutions acceptables par l'ensemble des parties (Fonds mondial et RP) permettant d'améliorer le versement en temps opportun des tranches des subventions actuellement en vigueur (réduire les délais de décaissement) ;
- Améliorer le fonctionnement du CNC (incluant les aspects d'indépendance et de transparence) et renforcer ses compétences comme une conditionnalité requise au bon fonctionnement du futur nouveau modèle de financement du Fonds mondial ;

- Communiquer davantage au sujet du nouveau modèle de financement, être plus précis sur ses implications et mécanismes ; Inciter le Bénin à anticiper sa mise en œuvre et à se doter des outils et dispositifs nécessaires ;
- Encourager l'expertise française à jouer un rôle important dans l'accompagnement du Bénin (et pas uniquement) pour la mise en place de ce nouveau modèle (Initiative 5%) ;
- Introduire davantage de recherche opérationnelle et programmatique dans les activités financées par le Fonds mondial ;
- Accroître la visibilité de la France et valoriser davantage sa contribution (au Fonds mondial mais également à travers ses programmes bilatéraux) ;
- Appuyer le Conseiller Régional de Coopération en Santé (et autres services de l'Ambassade de France selon les cas) dans leur rôle de représentation au sein du CNC (backup technique et position claire par rapport aux messages et priorités de la France) ;
- Anticiper quelle sera le positionnement de la France (en général - pas uniquement au Bénin) dans le contexte des restructurations attendues des Instances de Coordination Nationales et de la réduction du nombre de membres (concertation entre les partenaires multilatéraux et bilatéraux et représentation au sein de ces instances). Ce positionnement peut être variable en fonction des régions et en tenant compte des zones d'influence de la France.
- Favoriser davantage de « francophonie » dans les relations entre le Fonds mondial et les pays francophones d'Afrique Subsaharienne.
- Rechercher davantage de coordination et concertation dans les interventions des différents partenaires techniques et financiers impliqués

9. CONCLUSION

Le Fonds mondial a permis d'augmenter rapidement les financements disponibles pour la prise en charge des trois maladies au Bénin et d'étendre la couverture sanitaire et l'accès aux soins et aux médicaments de la population. Le Fonds mondial est unanimement perçu comme un partenaire central de la lutte contre les trois maladies.

L'exécution des subventions selon les calendriers et cadres de performance définis est néanmoins confrontée à des difficultés impliquant la responsabilité de l'ensemble des parties prenantes impliquées :

Du côté du Fonds mondial : Les changements fréquents apportés dans les procédures de gestion des subventions ont demandé des efforts d'adaptation permanents de la part des RP et SR aux nouvelles règles du jeu. Ce contexte a engendré des difficultés et délais supplémentaires dans le déroulement des subventions.

Par ailleurs, une procédure de suivi trop axée sur la gestion des risques (surtout financiers) peut porter atteinte à l'opérationnalité des projets et à la fluidité des activités. Il est important de veiller à ce que l'aspect « gestion des risques » 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.

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. Ceci implique que le Secrétariat à Genève s'implique davantage aux côtés des RP dans l'identification des solutions possibles pour lever les obstacles rencontrés et trouver des solutions permettant de reprendre les programmes suspendus. La présence accrue sur le terrain depuis quelques mois des gestionnaires de portefeuille participe de cet effort et de cet engagement plus fort auprès des instances nationales et de leurs RP.

Du côté des instances nationales et bénéficiaires : Les capacités de gestion de certains RP doivent être consolidées et appuyées pour leur permettre de mener à bien l'ensemble des activités prévues.

Les règles de fonctionnement du CNC doivent faire l'objet d'une réforme. Les capacités de gestion et de supervision du CNC doivent également être renforcées.

Ces aspects doivent être au cœur des préoccupations des responsables nationaux et des membres du CNC, qui ont eux aussi leur part de responsabilité dans le choix des RP, la sélection des projets soumis à financement, les résultats obtenus, le respect des délais et les niveaux de décaissement enregistrés.

Ce contexte doit inciter les instances et autorités nationales à être plus réactives (voire proactives) face aux difficultés rencontrées par certains RP, en définissant (conjointement avec les partenaires techniques et financiers et les RP concernés) les soutiens et appuis requis pour permettre une réponse adaptée et en temps voulu aux problèmes posés.

Du côté des partenaires techniques et financiers : Le Fonds mondial agit comme un instrument financier et non comme un opérateur. L'objectif du Fonds mondial est de collecter, gérer et allouer des ressources pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il ne met pas directement les programmes en œuvre, mais s'appuie pour cela sur le réseau des autres partenaires techniques et financiers¹⁸.

Cela suppose que ces partenaires (qui fonctionnent eux-mêmes avec leurs propres règles, programmes et priorités spécifiques) jouent le jeu à l'égard des besoins d'assistance technique induits par les financements du Fonds mondial (et dont ils n'ont donc pas la maîtrise).

L'exemple des difficultés rencontrées par le PNLS illustre bien ce propos.

Afin de tendre vers davantage de coordination et d'appui réciproque, un dialogue plus construit entre le Fonds mondial et les partenaires techniques et financiers doit être recherché afin d'encourager une implication plus poussée de ces derniers. Même si beaucoup reste à faire, ce dialogue s'est vraiment engagé intensément et de façon constructive cette dernière année au Bénin, aboutissant notamment à un plan conjoint d'assistance technique.

¹⁸ Source : Document cadre Fonds mondial

ANNEXE 1 : AGENDA MISSION

NOM ET PRENOMS	RENDEZ-VOUS
Jeudi 6 juin 2013	
Bertin KOUDOUFIO (Ministère Jeunesse et Sports)	9H30 à 10H30
Christophe DROEVEN : CRS	11H à 12H
M. Alain Prual – CRS	15H à 16H
M. Stanislas WHANNOU, Secrétaire Permanent du CNC	17H00-19H00
Pr. Kindé A. GAZARD Ministre de la Santé et	19H00 – 19H30
Vendredi 7 juin 2013	
Bernard GNANHOUI – DAVID : PLAN Bénin	8H30 à 9H30
Dr VISSOH Séraphin : CRS	10H à 11H
PNT : Pr ANAGONOU Sévérin et Angelo MAKPENON	11H30 à 12H30
Visite des structures de prise en charge	12H30 à 13H
Christophe TOZO: CBAC-STP (Coalition des entreprises privées)	15H à 16H30
PMLS (Ministère de la Santé)	17H à 18H30
Lundi 10 juin 2013	
Christian MARTIN'S et M. Jérôme CHATIGRE - ROBS	8H à 9H
Africare – Dr Josette VIGNON MAKONG – Directrice	9H30 à 10H30
CNLS	11H à 12H
Sèfiou SALIFOU (Ministère de la Famille)	12H à 12H30
PNLP/Ministère de la Santé – Dr Mariam Oké Sopoh – Coordinatrice et M. Yves Eric Denon – Coordonnateur Adjoint	17H à 18H30
Mardi 11 juin 2013	
USAID – M. Milton Amayun – Family Health Team Leader	8H à 9H
SEIB – sa Damien AFFEDJOU & Yannick GNACADJA :	9H30 à 10H30
M. Alain Prual - CRS	11H à 12H30
UNICEF – Dr Anne Vincent – Représentante au Bénin	14H30 à 16H
Mosquée centrale Cadjèhoun Soulé GOUGBE	16H30 à 17H
Mercredi 12 juin 2014	
Delphine ALI (Ministère Enseignement Primaire Porto-Novo)	8H30 à 10H
Activités communautaires (Village Kouvè à Akpro – Misséréte)	11H à 13H
GIP/ESTHER –Mme Lise Adjahi – Coordinatrice Médicale	15H30 à 16H30
Agent Local du Fonds mondial : Mme Annie Maganga d'Almeida, M. Amadou Midou – Deux autres personnes	17H à 18H30



Un Réseau d'Expertise

RAPPORT DE MISSION AU BURKINA-FASO

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

MAI 2013

**La mission au Burkina-Faso a été effectuée du 6 au 11 mai 2013 par
M. Patrick MONOD-GAYRAUD, membre de l'équipe d'évaluation et le
Dr Arouna TRAORE, expert local**

Liste des abréviations

AGF	Agent de gestion financière
AIDSETI	AIDS Empowerment and Treatment International
ARV	Antirétroviraux
BP	Bénéficiaire principal
BS	Bénéficiaire secondaire
BURCASO	Conseil Burkinabé des Organisations de Lutte contre les IST/VIH-Sida
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques
CCC	Communication sur le changement de comportement
CCM	Instance de Coordination Nationale
CEDEAO	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CICID	Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement
CMLS/Action Sociale	comité ministériel de lutte contre le sida/action sociale
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
CNLS-IST	Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
CNSPE	Coalition Nationale du Secteur Privé et des Entreprises contre le VIH/SIDA
CRCS	Conseiller régional de coopération en santé
CREDO	Christian Relief and Development Organisation
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
CTX	Cotrimoxazole
DGPML	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DOTS	De l'anglais "directly observed treatment short-course" stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
FS	Formations sanitaires
GMS	Grant Management Solution
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICN	Instance de Coordination Nationale
IPC	Initiative privée et communautaire (sida)
IST	Infections sexuellement transmissibles
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds)
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'un insecticide de longue durée
MTF	Mécanisme transitoire de financement
MVAG	Mécanisme volontaire d'achats groupés
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PAMAC	Programme d'appui au monde associatif et communautaire
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PNLP	Programme National de lutte contre le paludisme
PNT	Programme national tuberculose
PSSLS	Programme sectoriel santé de lutte contre le sida
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH

RAME	Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels
RSS	Renforcement du système de santé
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SP-CNLS	Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre le sida
SSF	Single stream of funding (Mécanisme transitoire de financement)
TB	Tuberculose
TDR	Test de diagnostic rapide
TS	Travailleuses du sexe
UA	Union Africaine
URCB/SD	Union des Religieux et Coutumier du Burkina Faso pour le Développement Sanitaire

AVANT-PROPOS PRESENTATION GENERALE DU BURKINA FASO

Le Burkina Faso, littéralement « Pays des Hommes Intègres », est un pays d'Afrique de l'Ouest d'une superficie de 274 000 km², sans accès à la mer, entouré du Mali au nord, du Niger à l'est, du Bénin au sud-est, du Togo et du Ghana au sud et de la Côte d'Ivoire au sud-ouest. Il est membre de l'Union africaine (UA) et de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). La population burkinabé était estimée en 2011 à 16,3 millions et les moins de 15 ans représentaient près de 48,% de l'ensemble. L'espérance de vie à la naissance était évaluée à 56,7 ans, les femmes vivant relativement plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans).

Le pays est l'un des 10 pays les moins développés du monde, avec un indice de développement humain de 0,343 en 2012.

Outre la capitale, Ouagadougou, les principales villes sont Bobo Dioulasso, Koudougou, Ouahigouya, Banfora.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions administratives, 45 provinces et 350 communes. La langue officielle est le français et il existe plus de 60 langues différentes. Pays tropical, le Burkina Faso a un climat de type soudanien et comporte deux principales saisons : une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison sèche de novembre à mai. Au niveau sanitaire, ces cinq dernières années ont vu le renforcement de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations de soins, les initiatives publiques étant renforcées par celles des acteurs privés et communautaires. La stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) pour 2011-2015, prévoit notamment :

- le développement de services de santé intégrés à base communautaires et des ressources humaines pour la santé ;
- l'accroissement de l'offre de santé, notamment en milieu rural ;
- l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires et de l'image des services de santé ;
- la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, négligées, émergentes et ré-émergentes ;
- la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ;
- le financement de la santé pour créer les conditions favorables à la réforme du système de santé.

SITUATION ACTUELLE PAR RAPPORT AUX TROIS PANDEMIES

« L'analyse globale des résultats de 2011 indique une amélioration constante des indicateurs, traduisant ainsi un renforcement réel des activités de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de gestion. En effet, le nombre de formations sanitaires remplissant les normes minimales ainsi que l'effectif des professionnels de santé sont en nette progression. Aussi, les objectifs 2011 pour plusieurs indicateurs sanitaires ont été dépassés, notamment le nombre de nouveaux contacts par habitant tout comme celui des accouchements assistés.

Toutefois d'importants défis restent à relever dans la lutte contre la maladie où le paludisme demeure une préoccupation majeure en ce sens qu'il est le premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. A ce défi s'ajoute celui de la mortalité maternelle et infantile qui reste élevée ».

I- VIH-SIDA

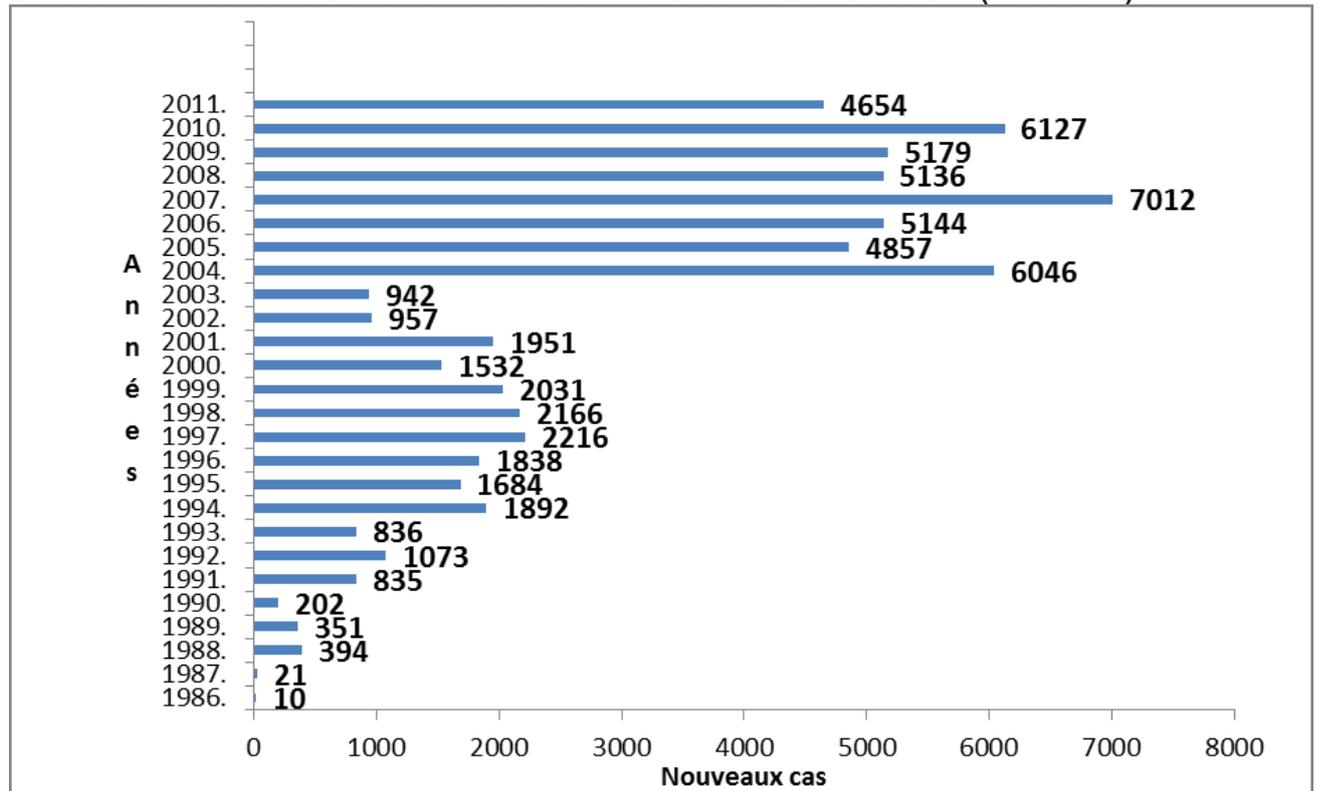
1- Prévalence et incidence des dernières années :

En 2010, la prévalence du VIH-Sida dans la population générale (de 15 à 49 ans) était de 1,0% (rapport DS IV), comparée à 1,8% en 2003. Cette baisse pourrait être le résultat combiné des programmes de prévention et de la thérapie antirétrovirale qui ont significativement atténué le risque de transmission du VIH. En effet, le nombre de personnes recevant le traitement antirétroviral a augmenté de 26,448 personnes en 2009 à 37,381 personnes en juillet 2012, soit une augmentation de la couverture nationale de 44% en 2009 à 58% en 2012. Dans le même temps, la couverture du programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) a augmenté de 29% en 2009 à 45% en 2012 (sources : système d'information sanitaire national et Fonds mondial selon critères OMS/ONUSIDA).

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- disparités selon le sexe : les femmes ont une prévalence de 1,2% contre 0,8% chez les hommes. Le ratio d'infection femme/homme est de 1,5, confirmant le constat de la féminisation de l'infection pour des raisons à la fois socio-économiques et biologiques ;
- selon les tranches d'âge, la prévalence connaît des fluctuations plus ou moins marquées : entre 15 et 19 ans les hommes ont un taux d'infection plus élevé que les femmes ; de 20 à 24 ans, la prévalence est pratiquement la même chez les deux sexes ; à partir de 25 ans par contre, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes âgées de 30-34 ans, la prévalence atteint son maximum avec 2,4 % ;
- chez les adolescents : la prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 0,33 % contre 1% en 2003, traduisant un comportement plus responsable chez les jeunes.

Evolution des nouveaux cas de Sida de 1986 à 2011 au Burkina Faso (incidence) :



Source : ministère de la santé burkinabé

2- Dispositif institutionnel et organisationnel

Le dispositif institutionnel et organisationnel de la réponse nationale au VIH-Sida accorde une priorité à la régionalisation de cette réponse. L'ensemble des acteurs est organisé en quatre secteurs d'intervention : le secteur public comprenant trois sous-secteurs (santé, action sociale, institutions des autres ministères), le secteur privé et des entreprises, le secteur communautaire, et le secteur de la coordination nationale. Chaque secteur met en œuvre son dispositif de coordination et d'exécution des interventions sur l'ensemble du territoire, ce qui permet de couvrir tous les groupes cibles.

La structure centrale de décision et d'orientation est le Conseil national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST) présidé par le Président de la république et composé des représentants des ministères, des gouvernorats, des communes, de la société civile, du secteur privé et des entreprises, et de la coopération bilatérale et multilatérale (151 membres).

Structures d'exécution : Les structures d'exécution existent au niveau central, régional et provincial (communes, secteurs de communes et villages) et dans les différents secteurs d'intervention (public, privé, communautaire). Elles sont chargées d'exécuter les activités de prévention, de prise en charge et de soutien au profit des groupes spécifiques et de la population générale. Elles comprennent :

- des points focaux identifiés dans les structures centrales et déconcentrées des ministères, du secteur privé et des entreprises ;
- les associations et Organisations non gouvernementales (ONG) locales qui sont des structures communautaires chargées d'exécuter les activités de lutte

contre le VIH-Sida dans leurs zones d'intervention et dans des domaines de compétences spécifiques ;

- les unités d'exécution des projets et programmes impliquées dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau central, régional et provincial.

3- Place des minorités réputées à risques dans les programmes

Dans le contexte du Burkina Faso, deux groupes spécifiques sont pris en comptes : les travailleuses du sexe (TS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), tous deux considérés comme à haut risque d'infection

Les données de séro-surveillance issues d'une étude bio-comportementale réalisée en 2010 donnent les informations suivantes (de nouvelles études bio-comportementales sur les populations clés sont en cours en 2013, cofinancées par le Fonds Mondial):

a) Chez les travailleuses du sexe :

Sur un échantillon de 956 TS dépistées, la prévalence générale est de 16,5. Sur le plan géographique, les extrêmes vont de 7,7% (à Banfora) à 36,2% (à Bittou).

Selon le niveau d'instruction, on note une prévalence de 17,2% chez les TS non scolarisées, 18,8% chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et 13,2% pour celles de niveau secondaire. Les données montrent aussi que plus l'âge augmente plus la prévalence est élevée.

b) Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes :

L'étude de 2010 relève l'existence de plus de 200 HSH à Bobo-Dioulasso et de plus de 1000 dans la capitale Ouagadougou. La population de HSH comporterait davantage de mineurs bien qu'ils n'aient pas été inclus dans l'échantillon de l'étude en raison de considérations éthiques. Une proportion relativement importante (15,4%) est composée de HSH mariés à des femmes et près du quart de l'échantillon aurait des enfants. L'étude fait ressortir chez les enquêtés un faible niveau d'instruction, les $\frac{3}{4}$ d'entre eux n'ayant pas achevé le cycle de l'enseignement secondaire.

Les HSH ont une bonne information de l'incidence des pratiques sexuelles non protégées, ce qui devrait accroître l'efficacité des messages et la mise en œuvre de stratégies de communication destinés à atteindre le plus grand nombre d'entre eux.

4- Plans d'action

Les axes stratégiques sont au nombre de cinq :

- Axe 1 : renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil-dépistage et de la santé sexuelle et reproductive ;
- Axe 2 : renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- Axe 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH ;
- Axe 4 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources ;

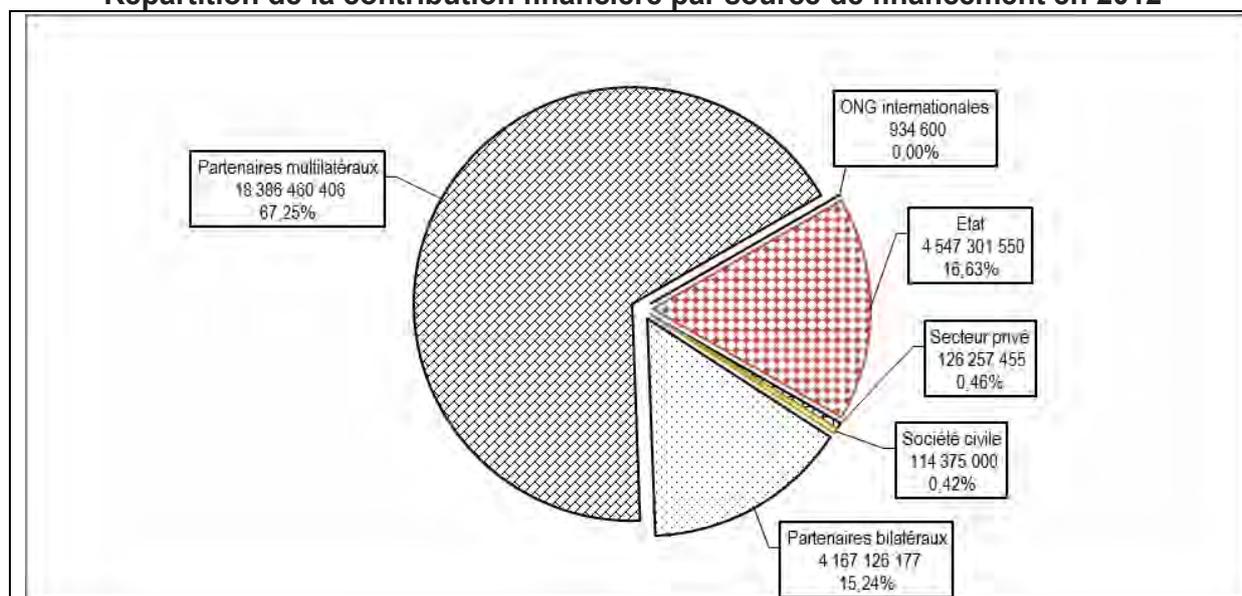
- Axe 5 : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH-Sida et les IST.

Etat global de mobilisation des ressources en 2012

Le budget prévisionnel pour la mise en œuvre du Plan national 2012 a été fixé à 33,4 Mds de FCFA. Au 31 décembre 2012, le montant des ressources effectivement mobilisées auprès de l'État, du secteur privé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF) se chiffrait à 27,3 Mds de FCFA, ce qui donne un taux de mobilisation de 81,80% contre 54,83% en 2011. Le non-respect des engagements par les partenaires autres que l'Etat est de l'ordre de 11,5%.

La répartition des ressources mobilisées par source de financement est la suivante :

Répartition de la contribution financière par source de financement en 2012



Source : SP/CNLS-IST Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre le sida et les infections transmissibles

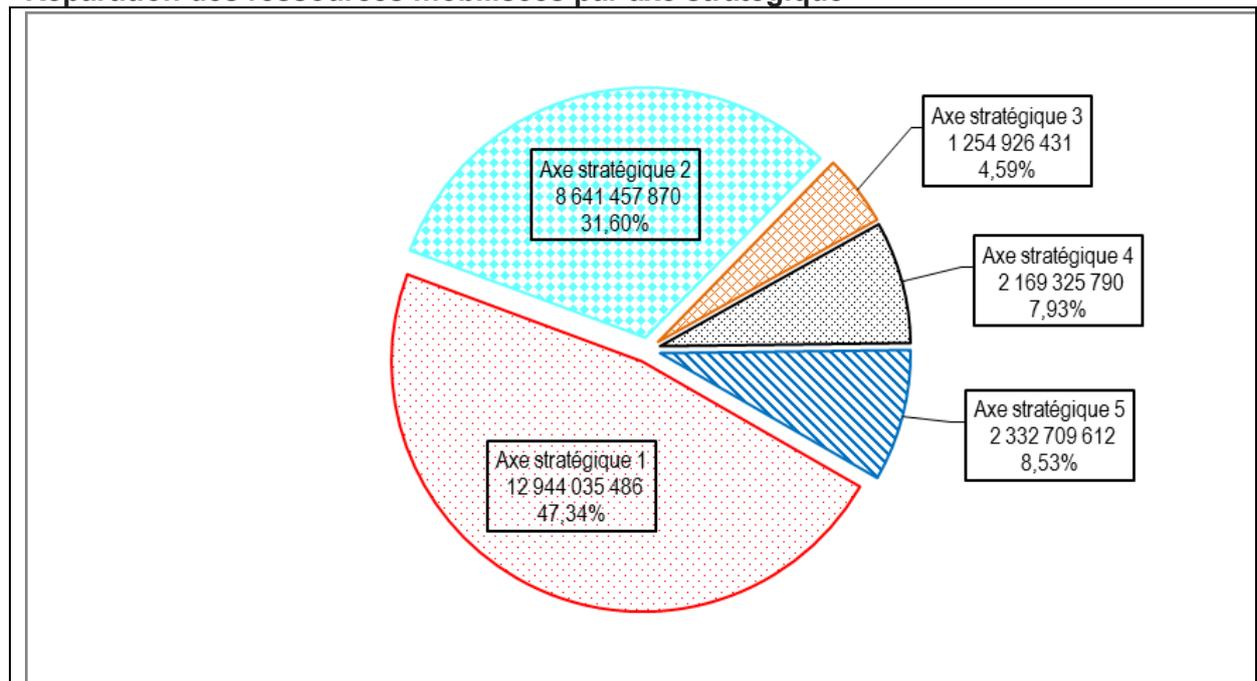
Cette répartition montre que les ressources extérieures (partenaires multilatéraux et bilatéraux, ONG internationales) constituent la principale source de financement de la réponse nationale au VIH, avec un montant mobilisé de 22,5 Mds de FCFA soit 82,5% du montant total mobilisé pour la mise en œuvre du Plan 2012. Les ressources internes mobilisées se chiffrent à 4,8 Mds de FCFA, représentant 17,51% de la mobilisation globale. Les ressources de l'Etat représentent 94,6% de l'ensemble des ressources mobilisées au niveau interne. Seulement 4 2 Mds de FCFA, représentant 15,2% des financements, ont transité par le Panier commun Sida mis en place au sein du SP/CNLS-IST.

Répartition des ressources mobilisées par axe stratégique et par secteur d'intervention

Selon les axes stratégiques :

Près de la moitié des ressources a été mobilisée au profit de l'axe stratégique 1 (47,3%) relatif au renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH-Sida et à la promotion du conseil-dépistage et de la santé sexuelle et reproductive. Puis, vient l'axe stratégique 2 portant sur le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH avec 31,60% des ressources mobilisées.

Répartition des ressources mobilisées par axe stratégique



Source : SP/CNLS-IST Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre le sida et les infections transmissibles

Répartition des ressources selon les secteurs d'intervention

L'état de répartition montre que les ressources mobilisées ont essentiellement été affectées au secteur public (49,73%) et au secteur communautaire (36,78%). Cette tendance est identique à celle de 2011. Les deux autres secteurs totalisent 13,49% de l'ensemble des ressources mobilisées soit 12,89% pour le secteur de la coordination nationale et 0,60% pour le secteur privé et des entreprises. (cf. graphique ci-dessous) :

5- Système de suivi-évaluation

Le renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH-Sida et les IST constitue l'axe 5 du cadre stratégique CNLS 2011-2015. Ce système est désormais fonctionnel et permet de suivre les impacts des politiques chaque année afin de mieux ajuster la riposte. Huit domaines d'action prioritaire sont définis en matière de suivi évaluation :

- 1- Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;
- 2- Organisation de la surveillance des IST ;
- 3- Réalisation d'études épidémiologiques comportementales sectorielles et d'impact ;
- 4- Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST ;
- 5- Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH-Sida et les IST ;
- 6- Renforcement de la pharmacovigilance, y compris la stratégie de surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux (ARV) ;
- 7- Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH-Sida et les IST ;
- 8- Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH-Sida et les IST.

II- TUBERCULOSE

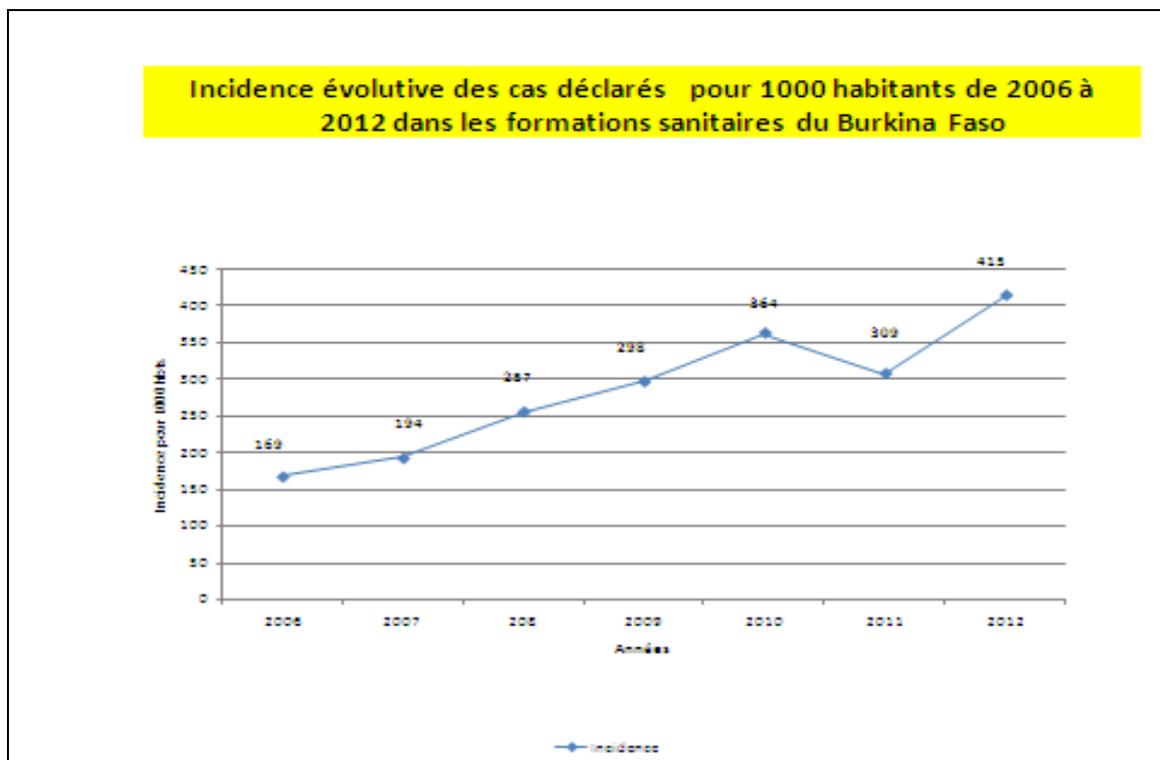
La tuberculose reste la co-infection la plus courante chez les personnes infectées par le VIH au Burkina Faso, un tiers des patients atteints de tuberculose étant porteurs du VIH. Son taux moyen d'incidence sur 2008, 2009 et 2010, tel qu'estimé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), était de 59 pour 100 000 personnes (toutes formes de tuberculoses, y compris celle liée au VIH), ce qui en ferait l'incidence la plus faible des 4 pays de l'évaluation (République Démocratique du Congo : 327 ; Ouganda : 229 ; Bénin : 93). Cependant, le Comité national de lutte contre le Sida du Burkina Faso estimait cette incidence à 248 en 2009, ce qui est un des exemples du flou qui préside à l'établissement de ces données dans la région.

La prévalence de la co-infection est voisine de 20% chez les malades tuberculeux enregistrés d'après le ministère de la santé (2012). Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de tuberculose à frottis-positifs a augmenté progressivement de 60% en 2000, à 71% en 2005 et 77% en 2010. De plus, en 2011 82% patients atteints de tuberculose ont reçu un dépistage VIH et, parmi les patients co-infectés, 94% ont reçu la prophylaxie CTX (sources : système d'information sanitaire nationale rapportées semestriellement au Fonds Mondial).

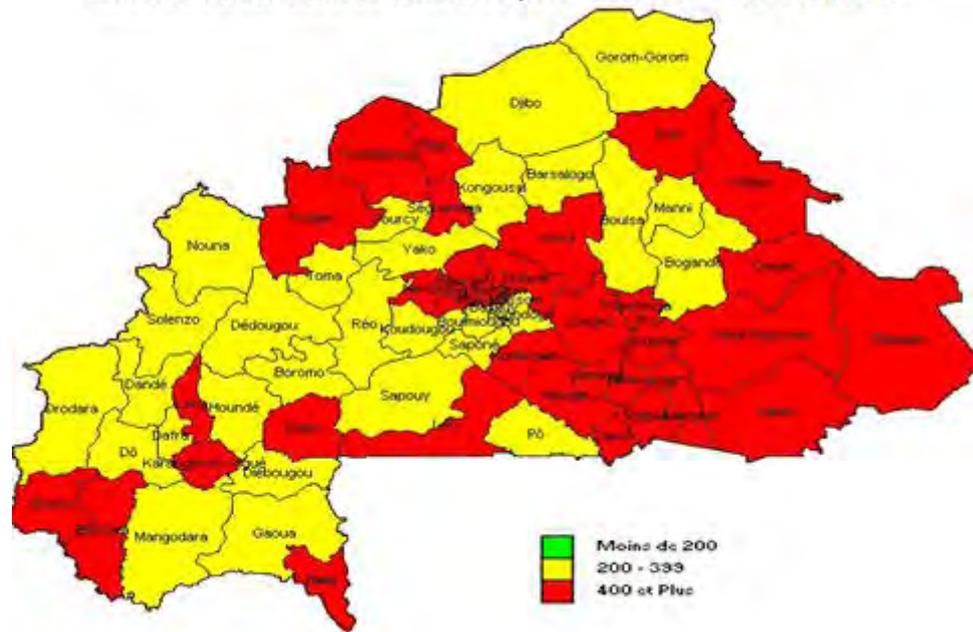
III-PALUDISME

1- Prévalence et incidence :

Au Burkina Faso comme dans toute l'Afrique subsaharienne, l'épidémie de paludisme reste très présente et constitue la première cause de décès parmi les trois principales pandémies.



Incidence des cas déclarés dans les FS pour 1000 habitants en 2012 au BF



2- Dispositif de lutte

a) La mise en œuvre du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)

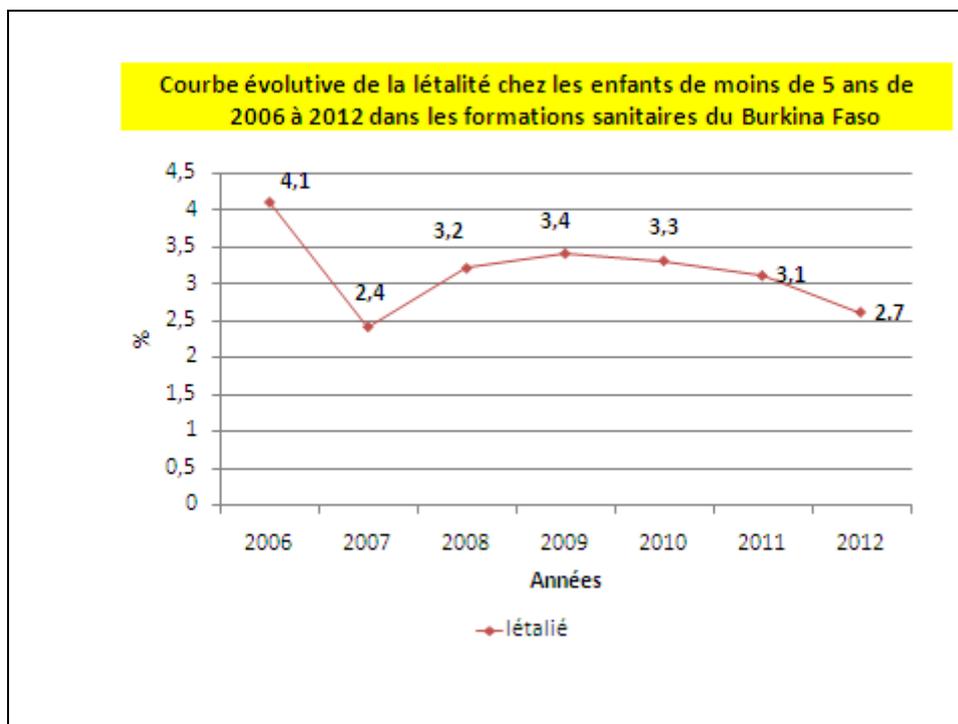
Les centres de santé et de promotion sociale, structures de premier niveau de contact, sont les entités opérationnelles pour la prise en charge des cas et les activités de prévention. Le monde communautaire y contribue par la mise en œuvre des activités de sensibilisation, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la prise en charge des cas simples à domicile. Les bénéficiaires secondaires du Fonds mondial de la société civile contribuent activement à la mise en œuvre des activités de sensibilisation, notamment concernant le bon usage des moustiquaires imprégnées d'un insecticide de longue durée (MILDA). Le pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA a augmenté de 32% en 2005 à 95% en 2011 ; dans cette dernière année, 93% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (source : enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages au Burkina Faso en 2005 et rapport général 2012 de la campagne nationale de distribution universelle de moustiquaires imprégnées d'un insecticide de longue durée élaboré par le ministère de la santé burkinabé, en partenariat avec Roll Back Malaria et l'Unicef).

Les activités de lutte contre le paludisme sont coordonnées au niveau national par le PNLN, au niveau régional par la direction régionale de la santé à travers le service chargé de la lutte contre la maladie et au niveau du district sanitaire par l'équipe-cadre de district.

Le PNLN est appuyé par le comité de suivi de l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine et le cadre de concertation avec les partenaires. Il travaille avec les centres et instituts de recherches nationaux et internationaux ainsi qu'avec les collectivités territoriales, la société civile, les réseaux et institutions régionaux et internationaux dans la mise en œuvre des interventions. L'implication des acteurs communautaires est importante dans la mise en œuvre de cette politique.

b) Cas des enfants en bas âge et des femmes enceintes : les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes bénéficient d'actions ciblées :

- gratuité du 1^{er} kit de médicaments d'urgence ;
- gratuité du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ;
- gratuité des moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.



Source : min.santé

c) Distribution des CTA (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine)

Le traitement des cas de paludisme simple est fait par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, tout cas diagnostiqué étant pris en charge conformément aux directives nationales, c'est-à-dire subventionné et accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Tout cas suspect de paludisme est confirmé par la microscopie ou un test de diagnostic rapide (TDR) avant le traitement, à tous les niveaux de prise en charge. Les TDR doivent avoir une sensibilité suffisamment élevée pour éviter de passer à côté de cas de paludisme, surtout au niveau communautaire.

La microscopie est l'examen recommandé pour confirmer les cas au niveau des structures de référence. Les TDR sont utilisés en priorité partout où la microscopie n'est pas disponible. L'assurance qualité des services de laboratoire doit être assurée par la mise en place d'un réseau coordonné par l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique. Les cas de paludisme grave sont traités dans les structures de référence.

d- La mortalité importante due au paludisme rend prioritaire la politique nationale de lutte contre cette maladie. Celle-ci est révisée régulièrement et déployée dans les domaines suivants :

- prise en charge systématique des cas ;

- traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants ;
- lutte contre les vecteurs du paludisme ;
- gestion de l'approvisionnement des produits de lutte contre le paludisme ;
- plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale ;
- surveillance épidémiologique, suivi, évaluation et recherche ;
- gestion du programme.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DES CONDITIONS DE GESTION DES SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL

Le Fonds mondial est unanimement perçu au Burkina Faso comme un outil de financement majeur et irremplaçable dans la lutte contre les trois pandémies. Chaque institution rencontrée l'a répété aux évaluateurs. L'attente est grande quant à la poursuite de sa mission dans les années à venir et la France est attendue comme un donateur qui, au minimum, devrait confirmer son engagement actuel (voir en annexe 2 le détail des subventions accordées).

Mais la mission d'évaluation est intervenue à un moment particulier ne reflétant pas ce que devrait être le fonctionnement normal du système de gestion des subventions allouées au pays. Les résultats de l'évaluation ne peuvent pas ne pas restituer cet état de choses, notamment une exaspération certaine vis-à-vis des procédures en cours en mai 2013.

En effet, tous les acteurs rencontrés ont déploré les conditions dans lesquelles le Fonds fait gérer ses subventions depuis la décision prise par l'Inspecteur général de déclencher une inspection (qui a débuté en mai 2011), corrélativement d'installer au Burkina Faso des agents de gestion financière (AGF) et d'y imposer la procédure du mécanisme dit « volontaire » d'achats groupés (ou MVAG, décision annoncée en septembre 2012 et mise en œuvre sur les achats 2013). Le fait que l'inspection n'ait toujours pas été clôturée près de deux ans après son déclenchement et la lourdeur et lenteur des procédures qui s'en sont suivies ont, de manière évidente et documentée à de nombreuses reprises lors de la présente mission, freiné à de nombreux niveaux les activités subventionnées. Beaucoup pensent que les AGF sont établis sans limite de temps et tous attendent que, l'inspection ayant remis son rapport, le Fonds définisse au plus vite un mode de sortie de crise.

Facteur qui n'a pas facilité cette gestion de crise, l'instance de coordination nationale (ICN ou CCM selon l'acronyme anglais seul utilisé au Burkina Faso) reste fragile et ne peut pas encore pleinement s'affirmer comme pilote politique et relai d'appui technique solide pour l'ensemble des gestionnaires. Certes, suite à une mission d'appui technique réalisée en 2012 par l'opérateur bilatéral américain Grant Management Solution (GMS), l'ICN a été restructurée et a défini des outils de gouvernance, mais sans appropriation effective. De sorte qu'un nouvel appui a été sollicité auprès de l'Initiative 5 % dont la mission a commencé sur le terrain en mai 2013.

SOUS-PARTIE I - CARACTERISTIQUES DE GESTION DU PORTEFEUILLE

Le Fonds mondial intervient au Burkina Faso depuis le round 2, ayant engagé à ce jour 231 millions d'euros (303 millions de dollars).

Classé en 2012 83ème sur 176 en indice « corruption », le pays a été considéré comme à risque extrême par le Panel indépendant de haut niveau réuni en 2012 qui l'a également caractérisé comme à haut degré de morbidité.

Au début de 2011, le bureau de l'Inspection générale a déclenché une inspection qui n'était toujours pas terminée en juillet 2013.

**1- Portefeuille des subventions en cours de gestion classées par maladie
(source : Secrétariat du Fonds mondial)**

Maladies Nb de Subv.	Engagement	Décaissement		% Décaissé (vs. Subvention)
HIV/AIDS (Mécanisme transitoire de financement (MTF))	2	€ 37,041,996	€ 23,439,255	63.3%
Tuberculoses (Série 8)	2	€ 18,662,515	€ 8,624,583	46.2%
Malaria (MTF)	2	€ 51,575,175	€ 34,073,700	66.1%

**2- Bénéficiaires principaux et secondaires recensés en mars 2013 (source :
Secrétariat du Fonds mondial)**

3-

Pour le VIH/SIDA : Round 10 (« Single Stream of Funding (Mécanisme transitoire de financement » ou ligne consolidée de subventions)

2 Bénéficiaires principaux :

- SP/CNLS avec 3 Bénéficiaires secondaires gouvernementaux
- Initiative privée communautaire (IPC) avec 4 ONG Bénéficiaires secondaires

Pour la Tuberculose : Phase 2 du Round 8 :

2 Bénéficiaires principaux :

- Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) avec 1 Bénéficiaire secondaire gouvernemental
- Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC) avec 3 ONG comme Bénéficiaires secondaires

Pour le Paludisme : Round 8 (« Single Stream of Funding » ou ligne consolidée de subventions)

2 Bénéficiaires principaux :

- PADS avec 1 Bénéficiaire secondaire gouvernemental
- PLAN avec 4 ONG comme Bénéficiaires secondaires

4- Performance des Subventions (source : secrétariat du Fonds mondial)

Subventions	Note	Indicateurs Top10	Tous les Indicateurs	Taux d'utilisation des fonds	
BUR-H- SPCNLS	MTF	B1	82%	75%	23%
BUR-H-IPC	MTF	B1	97%	57%	65%
BUR-810-G10- T	Série 8	A2	89%	90%	65%
BUR-810-G11- T	Série 8	B1	90%	85%	88%
BUR-M-PADS	MTF	B1	97%	99%	877%*

A1 > 100% / A2: 100-90% / B1: 60-89% / B2: 30-59% / C <30% *Inclus 27 M € pour la campagne de masse. Décaissement en 2012 au lieu de 2013.

5- Performance des subventions par type d'actions (source : Fonds mondial 2013)

	VIH-Sida	Tuberculose	Paludisme
FORTE (A1/A2)	<p>Dépistage et Conseils</p> <ul style="list-style-type: none"> •Traitement ARV et Suivi •VIH/TB – Prévention de la Tuberculose •Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes 	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en Charge Communautaire de la Tuberculose : Nombre de patients en contact avec les organisations à base communautaire (OBC) ; •DOTS de Haute Qualité (à l'exception du dépistage de la Tuberculose) •Améliorer le Diagnostique •Tuberculose (TB)/VIH (à l'exception du diagnostic de la Tuberculose dans les prisons) •Renforcement du système de santé (RSS) : Produits Pharmaceutiques, Vaccins et Technologie •RSS : Système d'information •RSS : Agents de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnostique et Traitement •RSS : Prestation de Service
MOYENNE (B1)	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnostic et Traitement •PTME 	<ul style="list-style-type: none"> •Sensibilisation, Communication et mobilisation Sociale •TB/VIH (diagnostique de la Tuberculose dans les prisons) 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement : Prise en charge du Paludisme à domicile •Communication sur le changement de comportement (CCC) – Action Communautaire •CCC – Media
FAIBLE (B2/C)		<ul style="list-style-type: none"> •Prise en Charge Communautaire de la Tuberculose (Associations et OBC impliquée) •DOTS de Haute Qualité (Nombre de cas de Tuberculose détecté) 	<ul style="list-style-type: none"> •Moustiquaires imprégnées

SOUS-PARTIE II – CONSTAT DES EVALUATEURS

I- UN PAYSAGE INSTITUTIONNEL ECLATE

1- La lutte contre le VIH/Sida n'est pas réellement orchestrée par le ministère de la santé:

Dès avant l'intervention du Fonds mondial au Burkina Faso, la Présidence de la république gérait directement le dossier sida, ce qui n'est pas le cas pour les deux autres maladies. Cela se justifiait sans doute au début mais, depuis, le SP-CNLS est resté une institution qui fonctionne parallèlement au ministère de la santé, ce que l'ICN n'a pas remis en cause à ce jour. Ainsi gère-t-il ses propres approvisionnements même si, à la demande du Fonds, il fait partie du comité de gestion des antirétroviraux présidé par la direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPMML) du ministère de la santé.

Le ministère de la santé a néanmoins constitué en son sein un programme sectoriel santé de lutte contre le sida (PSSLS), tandis qu'existait déjà une direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) en charge de la lutte contre la transmission du virus de la mère à l'enfant. Par ailleurs, le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale a créé un comité ministériel de lutte contre le sida/action sociale (CMLS/Action Sociale) tourné vers les orphelins et les plus déshérités.

Vis-à-vis du Fonds mondial, le SP-CNLS a rang de bénéficiaire principal (BP), alors que les trois structures précitées des ministères de la santé et de l'action sociale n'ont que celui de bénéficiaire secondaire (BS). Cet ensemble institutionnel est assez éclaté (ce qui ne facilite pas toujours les communications entre les diverses instances) et laisse échapper au ministre de la santé le rôle de pilote politique et opérationnel de la lutte contre le sida.

Le ministère de la santé n'est pas non plus en prise directe sur le dispositif de lutte contre la tuberculose et le paludisme largement dépendant du programme d'appui au développement sanitaire qui jouit d'une large autonomie. Cet état de fait ne peut d'ailleurs pas être reproché au Fonds mondial car il est antérieur à sa création ; le PADS est le fruit de l'exigence de la grande majorité des partenaires techniques et financiers (Commission européenne exceptée) de disposer d'un panier commun pour les différents canaux de l'aide internationale. Ainsi, même s'il reste nominalement rattaché au ministère de la santé, le PADS joue d'abord le rôle de centre collecteur de tous les financements dédiés au programme national de développement sanitaire (PNDS), dont ceux affectés au paludisme et à la tuberculose. En vue de satisfaire aux critères de bonne gestion de ses bailleurs (mais le Fonds mondial n'est nullement en cause ici), le ministère de la santé a tendance à dédier au PADS ses meilleurs éléments en ressources humaines, ce qui ne contribue pas à son propre renforcement de capacité.

C'est donc assez logiquement que l'ICN a ensuite choisi le PADS comme bénéficiaire principal des subventions du Fonds affectées à la lutte contre la tuberculose et le paludisme, puis le programme national tuberculose (PNT) et le programme national de lutte contre le paludisme comme bénéficiaires secondaires.

2- **S'agissant du secteur de la société civile**, l'instance nationale de coordination a sélectionné trois bénéficiaires principaux qui sont l'initiative privée et communautaire pour le sida, Plan Burkina pour le paludisme et PAMAC pour la tuberculose. Les sous bénéficiaires sont respectivement au nombre de trois pour le Sida (PAMAC à nouveau, AIDSETI, URCEB/SD et CNSP) ; de trois pour le paludisme (URCEB/SD,

RAME et RAME) et de trois pour la tuberculose (BURCASO, KABASATI et URCS/SD) :

- AIDSETI : AIDS Empowerment and Treatment International,
- URCS/SD: Union des Religieux et Coutumier du Burkina Faso pour le Développement Sanitaire,
- RAME : Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels,
- BURCASO : Conseil Burkinabé des Organisations de Lutte contre les IST/VIH-Sida,
- KABASATI :
- CNSPE - Coalition Nationale du Secteur Privé et des Entreprises contre le VIH/SIDA,
- CREDO - Christian Relief and Development Organisation.

(Voir en annexe 2 le détail des BP et BS).

II- UNE COORDINATION INSUFFISANTE, SOURCE D'INCOHERENCES

La mission a éprouvé quelque surprise en découvrant que, plus de dix ans après sa création, **l'instance nationale de coordination n'est toujours pas opérationnelle** : elle n'a pas de leadership en son sein, son secrétariat est quasi inexistant selon les termes d'un ancien vice-président de la structure, ses méthodes de travail ne permettent pas de réel suivi (procès-verbaux et ordres du jour des réunions mal gérés) et son comité de suivi stratégique installé il y a un an avec ses trois sous-comités par maladie est encore dans les limbes.

Composée de 27 membres, dont 41% représentant le gouvernement et 48% la société civile, elle a pourtant fait l'objet en 2012 d'une restructuration (avec l'appui de GMS) accompagnée d'un profond renouvellement (touchant 2/3 de ses membres); selon beaucoup des interlocuteurs rencontrés, cela n'a pas changé grand-chose, de sorte qu'un nouvel appui technique a été mis en place en mai 2013 avec l'aide de l'Initiative 5 %. Le Fonds mondial n'est pas le dernier à insister pour que le pays dispose enfin d'une ICN en mesure d'exercer pleinement son rôle.

Le Burkina Faso est ainsi privé de l'outil de pilotage politique et d'appui technique pour l'ensemble des subventions accordées par le Fonds. Cette carence a certes pu être compensée partiellement grâce à la présence à Ouagadougou du bureau régional de l'OMS ou l'implication de certains partenaires comme l'UNICEF et ONUSIDA. Mais elle n'est sans doute pas sans lien avec le « micro-management » auquel le Fonds a eu tendance à se livrer dans son approche de ces deux dernières années, laquelle est critiquée pour les nombreux retards et blocages qu'elle a causés (voir infra).

2-Les relations entre bénéficiaires principaux et bénéficiaires secondaires ne sont pas très étroites :

Les évaluateurs ont constaté que la principale source de dysfonctionnement entre les bénéficiaires principaux et secondaires est le circuit d'information qui les relie, l'information étant souvent retardée entre les deux instances. Pourtant les bénéficiaires principaux devraient, de par leur meilleure organisation, la qualité de leur personnel et la plus grande fréquence de leurs contacts avec le Secrétariat du Fonds, jouer un rôle d'appui technique auprès de leurs bénéficiaires secondaires, particulièrement dans un contexte où les procédures de gestion du Fonds sont en évolution permanente.

III-DES SOURCES DE BLOCAGE DOMMAGEABLES

Les évaluateurs ont conscience que leur mission est intervenue dans un contexte particulier caractérisé par la mise en place d'un cadre de gestion spécifique suite à l'inspection déclenchée en mai 2011. Leurs observations doivent donc être lues sous cet éclairage, sachant qu'elles peuvent aussi servir à faire évoluer les régimes de gestion spéciale que le Fonds se doit de mettre en place suite au lancement d'une inspection.

Deux expressions revenaient dans la plupart des remarques des opérateurs rencontrés : « nous sommes suspectés par le Fonds de mauvaise gestion ou de détournements », en conséquence ce dernier se livre à un « micro-management » source de retards voire de blocages dans l'utilisation des subventions.

- 1- **Le LFA (Local Fund Agent ou Agent Local du Fonds)**, mais l'acronyme anglais est toujours utilisé au Burkina Faso), est l'organe contractualisé par le Fonds mondial (en l'espèce il s'agit de l'Institut suisse de santé publique) pour la vérification des comptes et résultats des bénéficiaires de ses subventions et pour en rendre compte périodiquement. Les interlocuteurs rencontrés ont cependant fortement regretté que, fort de sa présence permanente et de sa haute technicité, il ne veuille pas jouer un rôle de conseil dans la gestion des fonds, ses avis n'en gardant pas moins un caractère informels pour ne pas empiéter sur son rôle premier de vérificateur. Ce dernier n'est pas en cause et le LFA est considéré par tous comme l'exécutant bien, même si plusieurs d'entre eux déploraient un esprit de suspicion systématique à leur rencontre.

- 3- **L'instauration d'agents de gestion financière est venue rajouter aux lenteurs et aux blocages dans la gestion quotidienne des subventions :**

Un agent fiscal a été mis en place en octobre 2012 pour le SP-CNLS et en février 2013 pour les autres structures.

Les interlocuteurs ont été unanimes à déplorer les retards encourus de ce fait :

- lors du long délai nécessaire à sa mise en place (surtout pour les structures autres que le SP-CNLS), ce qui aurait figé pendant près d'un an l'exécution de toute nouvelle dépense ;
- en raison du visa préalable nécessaire au paiement de toute dépense, source supplémentaire de retard dans la chaîne des paiements.

- 4- **Les avis de non objection ne sont pas émis par le Fonds avant de longs mois :**

A titre d'exemple, le SP-CLNS a, pour le compte du PSSLS, soumis un avis de non objection en septembre 2012 pour les contrats de maintenance de ses appareils de mesure du taux de CD4. Après plusieurs échanges sur le sujet, ce plan a été approuvé par le Fonds en mars 2013, mais le PSSLS affirmait en mai aux évaluateurs n'être toujours pas destinataire de la réponse (ce qui renvoie au problème déjà évoqué des circuits de communication entre bénéficiaires principaux et secondaires).

5- Retards et incohérences sont dès lors trop souvent le résultat de cette situation :

a- Les retards sont trop fréquents comme l'illustre l'exemple rapporté à la mission par les responsables du programme national de lutte contre la tuberculose, sous-bénéficiaire du PDAS, qui :

- a terminé sa phase N° 1 le 31 mai 2012 ;
- a commencé à négocier sa phase N° 2 en septembre 2012 ;
- a vu le Fonds mondial donner son accord au PADS le 1 février 2013 ;
- avant de recevoir enfin ses fonds le 14 avril 2013.

Face à quoi les responsables de ce suivi au Secrétariat du Fonds ont fait valoir que la phase 1 avait fait l'objet d'une extension jusqu'au 30 septembre 2012, que le Conseil d'administration avait rendu sa décision sur la phase 2 dès le 26 septembre 2012 (l'équipe pays ayant anticipé et démarré les négociations avant que la décision du CA ne soit connue), puis que le décès du coordonnateur du PADS avait conduit à recommencer la procédure formelle de signature de l'accord). Et d'ajouter que si décaissement il y a eu in fine, il ne pouvait à l'époque que provenir du bénéficiaire principal, ce qui tendrait à nouveau à souligner les problèmes de liaison et de programmation de décaissements entre bénéficiaires principaux et secondaires.

b- Il y a trop souvent des manques de cohérence :

L'exemple type, rapporté à plusieurs reprises, est celui des animateurs de terrain qui sont payés et disposent d'une moto mais pas du carburant nécessaire pour actionner ces dernières. Nos interlocuteurs omettent cependant de préciser que les dépenses de carburant et autres dépenses de routine sont de la responsabilité de leur pays dans le cadre du principe de complémentarité. Il est vrai qu'ils ont aussi déploré que parfois une partie des crédits nationaux inscrits au budget de l'Etat aient été distraites de leur affectation originelle pour faire face à des dépenses normalement financées sur subventions du Fonds dans le cas de retards de décaissements.

c- Certains interlocuteurs ont fait part de l'esprit de suspicion selon eux aigu parfois manifesté par les représentants du Fonds (sans préciser s'il s'agit d'agents du LFA, de l'équipe pays du Secrétariat ou de l'Inspection générale) ; certains de ces agents auraient été jusqu'à vouloir éclaircir le fait d'avoir utilisé des polices de caractère différentes d'un document à l'autre du même dossier.

d- Le MVAG est très sévèrement critiqué par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés : en dépit de son nom, il a été imposé au Burkina Faso et représente un manque à gagner pour la caisse d'approvisionnement en médicaments (CAMEG, centrale d'achats des médicaments essentiels et génériques), pourtant citée en exemple dans la sous-région et qui venait d'investir dans l'augmentation et la décentralisation de ses capacités de stockage. D'ailleurs, en 2012, face à une rupture de stocks d'ARV, le Burkina Faso, aidé par la Chine a dû débloquer 2,6 Mds de francs CFA. C'est autant de moins pour le financement d'actions normalement non prises en charge par le Fonds. Aujourd'hui, notamment du fait de sa mise en veilleuse dans sa fonction achat, la CAMEG est de plus en plus endettée et commence à inquiéter ses fournisseurs.

Le Secrétariat a fait observer aux évaluateurs que la CAMEG n'é a été dessaisie que de la seule fonction achats, en contrepartie de quoi elle reçoit du Fonds une rémunération égale à 7,5 % du montant commandé par le MVAG. Il évoque aussi l'organisation d'une mission en novembre 2012 regroupant, outre le MVAG, la CAMEG, les bénéficiaires principaux, la DGPML ainsi que d'autres partenaires comme le PSSSL, le PLNP, UNICEF et DELIVER, en vue d'arrêter les rôles et responsabilités de chacune des parties dans la chaîne d'approvisionnement. Il rappelle le contexte de l'inspection toujours en cours justifiant les mesures conservatoires ainsi prises avec le souci d'éviter avant tout des ruptures d'approvisionnement dans le pays et précise que la contribution du pays pour l'achat d'ARV en 2012 a procédé d'un choix volontaire de ce dernier.

IV- FAIBLESSES DU DIALOGUE ACTUEL, UNE CERTAINE DEMORALISATION

Les évaluateurs ont constaté un manque de leadership national face à un Fonds mondial actuellement très préoccupé en premier par l'application stricte des règles de gestion.

Le ministère de la santé n'est pas en mesure d'exercer pleinement le leadership de la politique nationale de santé. Le vrai orchestrateur de la lutte contre le VIH/Sida, on l'a vu, est le SP-CNLS rattaché à la Présidence de la république. Le ministère de la santé ne dispose pas non plus des meilleures ressources humaines, déviées vers les structures mises en place par le pays pour la gestion des subventions (notamment les bénéficiaires principaux).

Quoi qu'il en soit, le ministère de la santé sait qu'il reste largement dépendant des financements du Fonds mondial, notamment pour l'approvisionnement en médicaments (le Fonds finançait encore en 2011 100 % des traitements, taux qui devrait passer à 75 % d'ici la fin 2013). Le ministre lui-même n'a pas caché aux évaluateurs que son pays devait « payer » pour ses errements passés et passer par une phase de remise en ordre institutionnelle et comptable vis-à-vis des financements reçus du Fonds, faute de quoi la confiance serait rompue avec les donateurs.

La situation actuelle apparaît donc particulière en raison du renforcement des contrôles par le Fonds (notamment l'arrivée des AGF) et de la poursuite d'une inspection qui dure depuis deux ans et dont le terme n'est pas connu ni même prévisible à titre indicatif. Les interlocuteurs rencontrés considèrent dans leur grande majorité que, de fait, le Fonds impose présentement ses principes de gestion selon des modalités qualifiées par eux de « micro-management ». Ils déplorent que le Fonds se focalise excessivement sur les procédures au risque de perdre de vue ses objectifs en termes d'impact, voire de sacrifier l'impact au respect absolu de la règle.

De fait, nombre d'opérateurs donnent l'impression d'une réelle démoralisation qui les empêche d'apprécier la poursuite par leur pays de progrès certains quant à l'efficacité des actions subventionnées par le Fonds.

V- DES BAILLEURS PAS ASSEZ COORDONNES

Sur place à Ouagadougou, les représentants des bailleurs européens apparaissent passifs, se coordonnent peu et jouent un faible rôle vis-à-vis du Fonds mondial

- 1- **A l'ambassade de France**, un certain degré de démobilisation par rapport au Fonds est perceptible. Jugé au plus haut point budgétivore à un moment où le ministère des affaires étrangères doit diminuer sa voilure, le Fonds n'a pas spontanément bonne

presse. Plus concrètement, l'agent qui tenait à l'ambassade il y a peu le rôle de point focal santé n'a pas été remplacé. Il n'est pas jusqu'au domaine de coopération prioritaire défini en 2006 entre la France et le Burkina Faso qui n'ait exclu la santé de son champ d'application.

Pour le poste, la santé apparaît avant tout l'affaire de l'AFD même si, aux termes des règles de compétence, le SCAC est chargé du suivi de l'aide multilatérale. L'apport du conseiller régional de coopération en santé (basé à Bamako) est apprécié mais jugé insuffisant compte de sa mission multi-pays et de la baisse du montant de ses frais de déplacement qui l'empêchent d'exercer un suivi continu à Ouagadougou. En revanche, l'appui technique fourni en tant que de besoin par les deux experts français dédiés à l'équipe inter-pays de l'OMS basée à Ouagadougou est apprécié et utilisé. L'existence de la coordination nationale ESTHER (Ensemble pour la solidarité thérapeutique en réseau), présente dans la capitale depuis 2002, offre également un pôle d'expertise de haut niveau. C'est avec elle que le Burkina Faso, de concert avec l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, a élaboré ses premières demandes de subvention au Fonds.

L'ambassade assure ainsi un suivi plutôt à distance et pas toujours performant comme l'illustre le manque de réaction immédiate lorsqu'il a fallu, récemment, renouveler la présence française au sein de l'ICN, ce qui ne s'est finalement pas fait.

- 2- **La délégation de la Commission européenne**, qui dispose d'un agent à temps plein sur les questions de santé, développe une analyse lucide des dysfonctionnements induits par le Fonds avec lequel elle s'est rapprochée depuis 2011. Elle a entamé en 2013 un programme de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé et apporte une assistance technique directe au ministère de la santé.

Mais, politiquement, si la France ne manifeste pas son intérêt, la Commission a tendance à ne pas prendre d'initiative. C'est d'autant plus regrettable que la Commission est entrée au sein de l'instance nationale de coordination en 2012.

- 3- Les autres pays européens sont quasiment absents du débat autour du Fonds mondial.

DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS

Les deux évaluateurs ont rencontré 45 institutions et au total 52 personnes (cf. annexe 3) dans les six jours qu'a duré la mission, limitée à Ouagadougou pour des contraintes de temps. Ils voudraient ici les remercier de leur disponibilité et de leur accueil.

De ces entretiens ressortent les propositions suivantes qui, à ce stade, ne sauraient être généralisées tant qu'elles n'ont pas été confrontées à celles des trois autres missions réalisées au Bénin, en République Démocratique du Congo et en Ouganda.

I- SUR L'ACTION DU FONDS MONDIAL EN GENERAL

1- De l'avis unanime, le Fonds a rendu de grands services et doit continuer son action :

Ce constat émane tant des acteurs de terrain que de la superstructure opérationnelle secrétée par les règles de gouvernance du Fonds (ICN, bénéficiaires principaux et secondaires, acteurs de terrain).

Le maintien de l'aide financière du Fonds est ressenti avec une acuité particulière par ceux qui sont au contact le plus proche avec les malades (associations à base communautaire), mais aussi par le ministre de la santé qui est conscient qu'aucune autre source de financement ne pourrait se substituer au Fonds mondial dans les années à venir.

2 - Il conviendrait que le Fonds mondial mette fin rapidement au régime spécial qui est celui du Burkina Faso, justifié par l'inspection en cours, sachant que ce processus de « mise sous tutelle » a commencé en juin 2011. Beaucoup d'acteurs sont troublés par le mode de faire actuel. Presque tous considèrent que les agents de gestion financière vont devenir un rouage permanent. La plupart ne comprennent toujours pas que la CAMEG (chargé de l'approvisionnement en produits de santé), habituellement citée comme exemple pour la sous-région, ait été mise entre parenthèse au profit du régime discrétionnaire du MVAG. Il serait bon que le Fonds explique davantage que ce régime d'exception est temporaire et lié aux résultats de l'inspection en cours (mention en a été faite lors de la mission du Secrétariat en septembre 2012). Un terme, même indicatif, devrait être annoncé pour la remise du rapport d'inspection, ce qui ressortit certes à la compétence de l'Inspection générale et non du Secrétariat mais permettrait de recadrer les perspectives proches.

3- La sortie de ce régime spécial devrait être utilisée **pour créer un climat de confiance** qui n'existe pas actuellement. Beaucoup de nos interlocuteurs, au contraire, caractérisent les rapports avec le Fonds mondial comme baignant dans un « climat de suspicion » permanent. Ceux qui le déplorent sont des fonctionnaires ou des acteurs de terrain réellement dévoués à leur tâche. Ils reconnaissent que les auteurs de détournements de crédits doivent être poursuivis mais beaucoup dénoncent le fait que le Fonds semble « utiliser ce prétexte » pour imposer ses vues sur un mode qualifié de néocolonialiste.

4- **La mise en œuvre du nouveau modèle de financement** pourrait être l'occasion de « sceller » un pacte de confiance tourné vers l'avenir. Aux nombreux interlocuteurs rencontrés, cependant, cette nouvelle procédure était certes annoncée mais aucun n'a pu en définir les caractéristiques ; apparemment, un important travail d'information reste à accomplir à cet égard.

5- Les gestionnaire pays du Secrétariat ont fait un effort important de présence sur place depuis un an et demi. Cet effort devrait être maintenu, notamment dans le cadre de la mise en place du nouveau modèle de financement.

II- SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE

Le renforcement de l'instance de coordination nationale est une impérieuse nécessité. Elle doit en effet jouer au plus vite son rôle de pilote politique dans la mise en œuvre des subventions et de garant technique des modalités d'exécution des projets sur le terrain. Il lui faut impérativement se mettre à niveau par rapport à la gestion des conflits d'intérêts, aux règles de renouvellement de ses membres et plus généralement de ses règles de fonctionnement.

Il conviendrait que le Fonds mondial ne tarde plus à allouer une subvention pour aider à la consolidation du secrétariat et du comité de suivi stratégique.

Une assistante technique de l'Initiative 5% vient de commencer en mai 2013 pour travailler à ce renforcement, exemple du type de soutien que la coopération bilatérale peut apporter à l'action du Fonds. Dans le cas d'espèces, il est à regretter qu'il arrive si tard.

III-SUR LE FONCTIONNEMENT ET LE COMPORTEMENT DU LFA

Des critiques répétées sur son fonctionnement conduisent les évaluateurs à recommander qu'une attention forte soit portée à l'évolution de ses compétences et de son mode d'action.

- 1- Le LFA est en effet perçu exclusivement comme un « agent de police judiciaire » agissant sans exprimer d'opinion et, selon plusieurs interlocuteurs, « à la limite du mépris ». Ceci est particulièrement frais au niveau des bénéficiaires secondaires et des opérateurs de terrain.
- 2- Or, de par son mode de faire, le LFA est au contact permanent des principaux acteurs du système de gestion des subventions. Il passe de longues heures auprès des agents et entre avec eux dans le détail des procédures. Mais, fort de sa devise selon laquelle il ne fait qu'incarner « les yeux et les oreilles du Fonds », il entend n'exercer aucun rôle de conseil ni d'appui au niveau de la gestion des subventions. Il lui serait pourtant aisé, sans investissement supplémentaire, « de faire comprendre à tous ses interlocuteurs comment fonctionne le processus de décision à Genève » pour reprendre la formule d'un acteur de terrain.
- 3- Il est donc proposé que, tout en maintenant le principe selon lequel le LFA ne saurait prendre aucune décision ni engager le Fonds mondial, il soit investi d'un rôle de conseil administratif, comptable et financier auprès de ses interlocuteurs. Ceci ne remettrait pas en cause le principe de la lettre de gestion qui suit chaque contrôle statutaire entrepris par le LFA, laquelle vaut seule prise de position du Fonds vis-à-vis desdits interlocuteurs. Cette fonction de conseil exercée à l'occasion des contrôles et de manière essentiellement orale introduirait du liant dans des relations qui en sont jugées unanimement dépourvues. Des tables rondes annuelles, axées sur un ordre du jour précis et présidées par un représentant du Secrétariat, permettraient également des rencontres entre agents du LFA et opérateurs dans un contexte de formation plus détendu que lors des contrôles habituels.

IV-SUR DIVERSES PROCEDURES DE GESTION

1- L'interdiction de tout préfinancement est dommageable pour les petites structures associatives, celles qui sont le plus souvent au contact des malades. Certaines ont vu partir les 2/3 de leurs cadres, ce qui équivaut à une quasi mise à mort de la structure et, en terme d'efficacité, à un gâchis par rapport aux crédits engagés jusqu'alors. Pire, pour celles de ces institutions qui ont tenté par toutes sortes de moyens (y compris en recourant à leurs moyens personnels en argent, en véhicules...) de maintenir un minimum d'activité, elles découvrent au retour des financements qu'elles n'ont que peu de chance de récupérer les dépenses qu'elles ont-elles-mêmes payées. Par contre, on leur reproche concomitamment la baisse des indicateurs de résultats, voire, à l'inverse, l'on s'étonne du maintien de bons indicateurs en l'absence de décaissements (compte rendu de l'entretien avec les représentants du PAMAC).

Les évaluateurs proposent donc que soit assouplie la règle d'interdiction de tout préfinancement, au moins pour des enjeux financiers limités à un certain plafond.

- 2- **Pour l'attestation du service fait**, il convient de trouver une autre solution que les « time-sheets » (anglicisme employés par nos interlocuteurs pour désigner les états de présence journaliers) dans un certain nombre de cas comme ceux des :
 - a. agents de santé communautaires disséminés dans les districts les plus éloignés ;
 - b. les superviseurs de terrain travaillant dans les mêmes conditions.

Dans le proche passé et jusqu'à aujourd'hui, nombre de ces acteurs ne sont pas payés faute de présenter des « time-sheets en règle », pourtant totalement inadaptés au mode de travail des intéressés (par exemple joindre en moto dans des zones reculées des malades qu'il faut rechercher, attendre..).

2- **Les avis de non objection :**

Pour des cas dont l'enjeu financier serait inférieur à un plafond à déterminer (par exemple 3 000 €), il est proposé de fixer un délai limite (par exemple deux mois) au-delà duquel la non réponse vaudrait approbation. Cela éviterait les stratégies de « harcèlement » couramment utilisées par les bénéficiaires principaux pour obtenir une réponse du Fonds et augmenterait la prévisibilité dans la gestion des subventions.

Il est aussi proposé qu'un nouvel indicateur de performance soit tenu à jour et publié : le délai moyen, exprimé en jours, mis par le Fonds à répondre à ces avis.

3- **Donner un minimum de flexibilité dans la gestion budgétaire des crédits :**

Certaines actions de terrain, prévues jusqu'à 4 à 5 ans avant leur démarrage effectif, font l'objet d'un rejet parce qu'elles ne sont plus rigoureusement conformes aux termes de référence. Par exemple, des formations initialement prévues dans la capitale sont, le moment venu, programmées à une distance de plusieurs dizaines de kilomètres et les opérateurs rencontrés ont affirmé que ce changement, par ailleurs justifié, n'avait pas été accepté.

Il est dès lors proposé qu'à l'intérieur d'un chapitre budgétaire des changements de cette nature soient rendus possibles, sur visa explicite du bénéficiaire principal, et dans la limite maximale globale de 10% (par exemple) de la valeur de ce chapitre. Le bénéficiaire principal rendrait obligatoirement compte de telles modifications au LFA et au Secrétariat du Fonds mondial une fois par trimestre.

V- MEILLEURE COORDINATION ET VALORISATION DE LA PARTICIPATION FRANCAISE ET EUROPEENNE

- 1- L'ambassade de France pourrait se réapproprié le dossier en agissant de concert avec la délégation de la Commission européenne, laquelle dispose d'un agent à temps plein dédié à la santé. Celle-ci pourrait jouer le rôle de chef de file pour l'Union Européenne, avec un soutien appuyé de la France et des autres Etats membres qui le souhaiteraient. Il s'agirait de suivre de près l'exécution des subventions du Fonds, d'en avoir une vue globale et de pouvoir à des moments-clés peser sur les décisions, prérogative qu'autorise le montant cumulé des dons des Etats membres au Fonds mondial.

Pour illustrer : début 2013, quand il devint patent que le régime mis en place depuis deux ans suite au déclenchement de l'inspection générerait des dysfonctionnements et un inconfort certain parmi la plupart des opérateurs, les représentants à Ouagadougou des principaux donateurs européens auraient été en mesure d'intervenir pour évoquer ces problèmes et, sans empiéter sur les compétences du Fonds mondial, jouer un rôle de facilitateur.

- 2- Pour être pleinement représentée dans les instances de coordination et de suivi des financements du Fonds mondial, l'ambassade doit pouvoir être informée, alertée et, avant toute intervention, techniquement renseignée. Pour ce faire elle peut tabler, en plus du conseiller régional de coopération en santé (CRCS) basé à Bamako, sur l'expertise des deux assistants techniques en poste à Ouagadougou au sein de l'équipe inter-pays de l'OMS. A ce propos, le maintien à moyen terme de ces experts paraît indispensable. La coordination d'Esther toujours présente à Ouagadougou reste un autre pôle d'expertise et de soutien.

Le poste pourrait aussi nouer une relation plus étroite avec la représentante de l'OMS au Burkina Faso.

Il pourra aussi solliciter du ministère des affaires étrangères, en tant que de besoin, le concours de sa cellule Fonds mondial, ce qui suppose que celle-ci dispose des moyens de fonctionner, ainsi que celle de notre ambassadeur de lutte contre le sida, lequel devrait aussi être épaulé correctement dans sa tâche.

Enfin, il faut mettre à profit la vice-présidence du Fonds qu'exercera prochainement pour deux ans Mme Mireille Guigaz, ex-ambassadrice de lutte contre le sida et personnalité très active dans ce combat.

CONCLUSION

Si l'on en juge par les très nombreux mécontentements exprimés aux évaluateurs quant aux problèmes de gestion apparus depuis la mise en place au Burkina Faso du régime spécifique déclenché par l'inspection commencée début 2011, la valorisation de la participation française au Fonds mondial doit être considérée comme assez médiocrement réalisée.

On l'a vu, les résultats en terme d'impact semblent cependant avoir peu souffert de cette situation, les opérateurs eux-mêmes ayant eu à cœur de maintenir coûte que coûte leurs activités auprès des malades, et le Fonds d'assurer un approvisionnement sans rupture en médicaments et produits de santé.

Il apparaît avant tout urgent de travailler à restaurer un cadre plus confiant et plus détendu entre tous les opérateurs sur le terrain ainsi qu'avec les agents du Secrétariat. La parution prochaine du rapport d'inspection serait bienvenue dans ce contexte afin de mettre clairement au point les responsabilités des uns et des autres dans le passé et de repartir sur des bases clairement définies. Le lancement du nouveau modèle de financement dès 2014 doit de toute façon conduire à redéfinir les procédures, dans un souci de transparence et d'appropriation accru.

La France, sur place, doit s'approprier ce dossier de concert avec la délégation de la Commission européenne : le démarrage en mai 2013 d'une assistance technique auprès de l'instance nationale de coordination (financée par l'Initiative 5 %) doit favoriser cette réappropriation

Cette action pour améliorer le cours des choses au Burkina Faso devrait être élargie au cas des autres pays de la zone qui se trouvent dans une situation similaire (Mali, Mauritanie, Bénin, etc.), l'objectif général devant être de pouvoir augmenter la part des décaissements dont ils bénéficieront à l'avenir. Sans relâcher l'effort entrepris avec succès dans la lutte contre le sida, notamment pour s'attaquer de manière plus convaincue aux infections portées par les minorités (et « fondre sur tous les réservoirs du virus » pour reprendre l'expression du directeur général du Fonds) et aux co-infections avec la tuberculose, il paraît judicieux de donner une priorité à la lutte contre le paludisme. Le rôle des représentants français et européens à Ouagadougou consiste aussi à influencer en ce sens sur les dirigeants burkinabé et l'ensemble des institutions représentés dans l'instance nationale de coordination.

ANNEXE I

**BENEFICIAIRES DU FONDS MONDIAL AU BURKINA FASO
(SOURCE : FONDS MONDIAL)**

Maladie	Bénéficiaires Principaux		Sous bénéficiaires	
VIH	Secteur Publique	SP CNLS	Secteur Public	PSSLS
				DSME
	Société civile	IPC	Société civile	CMLS/Action sociale
				PAMAC
			AIDSETI	
			URCB/SD	
			CNSPE	
Tuberculose	Secteur Publique	PADS	Secteur Publique	PNT
	Société civile	PAMAC	Société civile	BURCASO
				KASABATI
			URCB/SD	
Paludisme	Secteur Publique	PADS	Secteur Publique	PNLP
	Société civile	Plan Burkina Faso	Société civile	RAME
				URCB
			CREDO	

ANNEXE II

TOTAL DES ENGAGEMENTS SOUSCRITS ENTRE LE FONDS MONDIAL ET LE BURKINA FASO DISTINGUES PAR ROUND ET PAR MALADIE

(Source : secrétariat du Fonds mondial – avril 2013)

	HIV/AIDS	Malaria	Tuberculosis	Total
Round 2: \$20,964,525	\$14,152,034	\$6,812,492		
Round 4:			\$16,178,141	\$16,178,141
Round 6:	\$50,230,051			\$50,230,051
Round 7:		\$22,933,151		\$22,933,151
Round 8:		\$53,747,956	\$24,429,788	\$78,177,744
S S F:	\$48,150,866			\$48,150,866
S S F:		\$67,059,454		\$67,059,454
Total \$303,693,932	\$112,532,951	\$150,553,053	\$40,607,929	
Portfolio				
Demandé: \$844,451,812	\$116,142,102	\$235,497,755	\$492,811,955	
Max. Approuv: \$388,831,306	\$186,693,443	\$158,403,697	\$43,734,166	
Total Décaiss: \$245,275,490	\$92,084,717	\$125,722,496	\$27,468,276	

SSF = Single Stream of Funding ou consolidation (depuis 2010) des différentes subventions accordées au même bénéficiaire principal pour une même maladie

ANNEXE III

MISSION DE TERRAIN AU BURKINA FASO

DATE : du 6 au 11 mai 2013

EFFECTUEE PAR : - M. Patrick Monod-GAYRAUD, évaluateur français
- M. le Dr Arouna TRAORE, évaluateur burkinabé.

RENCONTRES ET VISITES EFFECTUEES: 25 institutions - 52 personnes

LUNDI 6 MAI

9 H 30: OMS EQUIPE INTER-PAYS POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST :

- M. le Dr WALKER, chef du Bureau ; M. le Dr Christophe ROCHIGNEUX, pharmacien, expert approvisionnement et logistique de l'Equipe d'appui inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest.

11 H 00 : AMBASSADE DE FRANCE :

M. Nicolas LECRIVAIN, conseiller régional de coopération pour l'Afrique de l'Ouest au Service d'action et de coopération culturelle.

14 H 00 : COORDINATION NATIONALE ESTHER AU BURKINA FASO :

-M. le Dr Georges OUEDRAOGO, chef de la coordination.

16 H 00 : PSSLS (PROGRAMME SECTORIEL SANTE DE LUTTE CONTRE LE SIDA), BENEFICIAIRE SECONDAIRE PUBLIC :

M. le Dr Abdoulaye GUIRE, coordonnateur ; M. Laurent COMBOIGO, responsable de l'approvisionnement pharmaceutique ; Mme NANAN, attachée de santé pour la prise en charge ; MM. Abdoulaye COULIBALY et Zembendé ZIGANI, attachés de santé pour le suivi-évaluation.

MARDI 7 mai 2013

8 H 00 DELEGATION DE LA COMMISSION EUROPEENNE
Mme Lorraine GALLAGHER, chargée du programme Santé.

9 H 00 DIRECTION GENERALE DE LA PHARMACIE, DU MEDICAMENT ET DES LABORATOIRES (DGPML)

M. le Dr Arsène OUEDRAOGO, directeur des approvisionnements pharmaceutiques.

11 H 00 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP), BENEFICIAIRE SECONDAIRE

M. le Dr Patrice A. COMBARY, coordonnateur.

15 H 00 LOCAL FUND AGENT (LFA) – Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Mme Josiane GYENGANI-KABORE, expert en suivi-évaluation ; M. le Dr Adrien NOUGTARA, expert en suivi-évaluation ; Mme Monique OUFFOU, expert financier ; M. le Dr Emmanuel WINTZ, pharmacien.

17 H 00 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNT), BENEFICIAIRE SECONDAIRE

M. le Dr Y. Isidore MOYENGA, coordonnateur ; M. le Dr ZOUMGRANA, responsable du suivi-évaluation ; M. TIMTORE, gestionnaire financier.

MERCREDI 8 MAI

08 H 00 : UNION DES RELIGIEUX ST COUTUMIERS DU BURKINA POUR LA PROMOTION DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT (URCB/ SD), BENEFICIAIRE SECONDAIRE

M. Clément PITROIPA, coordonnateur national ; M. El Hadj BAMBARA Moussa, chargé de programme tuberculose ; M. G. Jacob YARO, chargé du suivi-évaluation pour la tuberculose ; M. Dominique ILBOUDO, assistant en suivi-évaluation pour le VIH; M. Faustin BARRO, chargé de programme VIH.

9 H 30 RESEAU D'ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS (RAME), BENEFICIAIRE SECONDAIRE

M. Simon KABORE, coordonnateur.

12 H 00 : AGENT DE GESTION FINANCIERE (AGENT FISCAL)

MM. Dissa SEKOU et Calixte Hervé NIGNAN.

13 H 00 PROGRAMME D'ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PADS),
BENEFICIAIRE PRINCIPAL

M. Jean Charlemagne YODA, coordonnateur ; M. Arouna DIARRA, responsable financier.

15 H 00 PROGRAMME D'APPUI AU MONDE ASSOCIATIF ET COMMUNAUTAIRE (PAMAC),
BENEFICIAIRE PRINCIPAL (TUBERCULOSE) ET SECONDAIRE (VIH)

M. Amadou OUEDRAOGO, directeur de programme; Mme Anne-Marie OUATTARA, coordonnatrice technique ; M. Zango TLOMOS, responsable suivi-évaluation pour le paludisme ; Mme Nathalie X, assistante pour la prise en charge communautaire du VIH ; Mme COULIBALY, responsable pour la prise en charge de la tuberculose.

17 H 00 CONSEIL BURKINABE DES ORGANISATIONS DE DEVELOPPEMENT
COMMUNAUTAIRE (BURCASO), BENEFICIAIRE SECONDAIRE (TUBERCULOSE)

M. Ousmane OUEDRAOGO, coordonnateur national ; Mme W. Cécile THIOMBIANO-YOUGBARE, chargée de programme.

18 H 30 MINISTERE DE LA SANTE

M. Léné SEBGO, ministre ; Dr Souleymane SANOU, secrétaire général ; M. Ousmane NERE, chef de cabinet.

JEUDI 9 MAI (JOUR FERIE)

9 H 00 OMS

Mme le Dr Djamila Khady CABRAL, représentante de l'OMS au Burkina Faso.

10 H 30 REGIPIV : RESEAU POUR UNE GRANDE IMPLICATION DES PERSONNES INFECTEES
PAR LE VIH (STRUCTURE DE MISE EN ŒUVRE ET COORDINATION)

M. Mamadou SAWADOGO, coordonnateur national ; M. Patrick SANON, assistant juridique ; M. Souleymane OUEDRAOGO, chargé de communication.

12 H 00 OMS, EQUIPE D'ASSISTANTS TECHNIQUES INTER-PAYS

M. le Dr Christophe ROCHIGNEUX, expert- pharmacien (deuxième rencontre).

15 H 00 ALAVI (ASSOCIATION DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES
INFECTEES PAR LE VIH), STRUCTURE DE MISE EN ŒUVRE

M. Geoffroy SAWADOGO, responsable.

VENDREDI 10 MAI

8 H 00 : CCM PRESIDENCE

M. le Dr Robert SANDRE, président.

9 H 30 SP- CNLS : SECRETARIAT PERMANENT DU COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
SIDA (BENEFICIAIRE PRINCIPAL)

M. le Dr Didier R. BAKOUAN, secrétaire permanent ; Mme LE Dr Célestine TOE, coordonnatrice de l'unité locale Fonds mondial.

14 H 00 USAID AFRIQUE DE L'OUEST

Mme Kathleen WEBB, conseillère technique pour le paludisme.

15 H 30 AMBASSADE DE FRANCE

M. Didier MAZE, premier conseiller ; M. Nicolas LECRIVAIN, conseiller régional de coopération pour l'Afrique de l'Ouest.

18 H 00 AFD

M. Pascal COLLANGE, directeur du Bureau du Burkina Faso.

SAMEDI 11 MAI

9 H 30 M. Jean-Baptiste GUIARD-SCHMIDT, ancien expert à l'équipe d'appui inter-pays de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest, consultant.

12 h 00 ASSOCIATION AFRICAINE SOLIDARITE et AIDS EMPOWERMENT AND TREATMENT
INTERNATIONAL (STRUCTURE DE MISE EN ŒUVRE)

M. Issoufou TIENDREBEOGO, président.



Un Réseau d'Expertise

**RAPPORT DE MISSION
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)**

**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

MAI 2013

**La mission en RDC s'est déroulée du 6 au 11 mai 2013. Elle a été réalisée par le Dr
Michel Duprat, membre de l'équipe d'évaluation et le Dr Nzanzu Kikuhe, expert local.**

Liste des abréviations

AF	Agent fiduciaire
AFD	Agence française de développement
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
CAG	Cellule d'appui à la gestion
CNP	Comité de pilotage national
COCAC	Conseiller de coopération et d'action culturelle
CORDAID	Catholic organisation for relief and development aid
CS	Centre de santé
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau
FEDECAME	Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels
FM	Fonds mondial
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GIBS	Groupe inter-bailleurs santé
ICN	Instance de coordination nationale
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds)
MDM	Médecins du Monde
MSP	Ministère de la Santé publique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSI – ASF	Population Services International – Association de santé familiale
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PwC	PricewaterhouseCoopers
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
RP	Réциpiendaire principal
RS	Réциpiendaire secondaire
RSS	Renforcement du système de santé
SANRU	Santé rurale
SNIS	Système national d'information sanitaire
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TB	Tuberculose
TPI	Traitements préventifs intermittents
ZS	Zone sanitaire

INTRODUCTION

Au cœur de l'Afrique, la RDC occupe 2 345 000 km² et partage 9 165 kilomètres de frontière avec 9 voisins. Les difficultés géographiques, le manque d'infrastructures, les conflits locaux rendent particulièrement ardues communications et échanges.

Ses performances dans le domaine du développement humain sont mauvaises : il occupe les derniers rangs de beaucoup de classements. On estime que 70 % de sa population - environ 70 millions d'habitants- vit en dessous du seuil de pauvreté -1,25 \$ par jour-. Un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) indiquait qu'« il est illusoire de penser que la RDC puisse atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans le délai initialement prévu ».

Les politiques de santé y sont définies par le Ministère de la Santé Publique (MSP) qui en assure le suivi à travers ses 13 Directions et 52 Programmes. Le pays est divisé en 11 Provinces -qui devraient devenir 26- et 65 Districts Sanitaires. Les Hôpitaux provinciaux servent de centres de référence secondaire. Répartis sur les 515 zones sanitaires (ZS), les 393 Hôpitaux Généraux et 8266 Centres de Santé (CS) offrent des paquets de soins basiques.

Depuis 2006, le MSP prône une Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) pour améliorer l'offre et l'utilisation des services. Cette réforme souffre d'une approche fragmentaire - liée en partie à l'aide internationale- et d'un manque de financement.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



LE FONDS MONDIAL EN RDC

1) La lutte contre les 3 pandémies

Le Fonds Mondial occupe une place considérable dans le paysage sanitaire. Devenu le principal bailleur, il finance 95% des traitements anti rétroviraux (ARV), 85% des médicaments de 1ère ligne contre la tuberculose, et distribue des moustiquaires dans 5 provinces. Au dire de tous les observateurs, son retrait constituerait une catastrophe humanitaire.

L'épidémie de VIH/SIDA est restée relativement stable au cours de ces 5 dernières années

La prévalence est estimée à 4,5 %. Les sites sentinelles montrent que cette épidémie est généralisée, qu'elle se ruralise, se « juvénilise » et se féminise.

La prévalence du VIH chez les femmes fréquentant les services de consultation prénatale est de 3,5%. L'épidémie tend à se propager plus facilement à partir de zones particulières (frontières, conflits, mines). Les estimations ci-dessous quantifient le problème au niveau national:

	2010
Nb de personnes vivant avec le VIH	1 185 464
Nb de femmes enceintes ayant besoin de la PTME (prévention de la transmission de la mère à l'enfant)	88 062
Nb de décès dus au sida	84 323
Total d'orphelins du sida	1 042 124

En 2004, seuls environ 5000 patients étaient sous ARV ; en 2012 ils étaient 55534. Pour remédier aux problèmes d'incoordination et de saupoudrage, le Programme national de lutte contre le sida a été créé en 2007. Il promeut les principes de globalité, de continuité, d'efficacité, d'efficience et d'équité.

Le pourcentage de Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH) traité était estimé à 12,4% en 2008 et à 14,6 % en 2012.

En 2012, le PNLIS était actif dans environ 50% des ZS ; ce qui se traduisait par des taux de prise en charge faibles : 6,5% pour PTME, 12,4% pour les co-infections.

Le paludisme représente la principale cause de mortalité et de morbidité,

Il sévit sur un mode endémique sur 97% du territoire; dans les montagnes de l'Est, le paludisme est épidémique. Quelques chiffres en témoignent :

- Episodes de fièvre présumée palustre : entre 60 et 100 millions/an.
- Cas de paludisme rapportés : suspects 9 442 144 ; probables et confirmés : 6 865504
- Décès dus au paludisme : rapportés: 23 748 ; estimés: 96 113

La légère diminution du taux de positivité constatée doit être confrontée à la fiabilité des données.

RDC et Nigeria, représentent 36% du fardeau mondial de paludisme

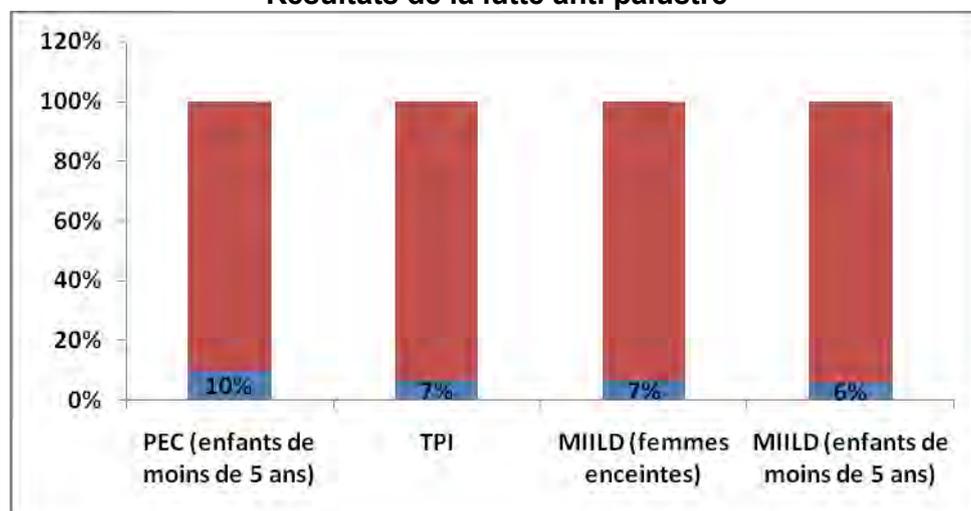
Le Programme national de lutte contre le Paludisme (PNLP) exemplifie les difficultés du système de santé et les réalités de terrain.

En témoignent le respect relatif des protocoles nationaux liés à la méconnaissance des nouveaux protocoles, au coût, à la disponibilité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) et des injectables. Ainsi, certains centres continuent d'utiliser la Sulfadoxine-pyriméthamine pourtant remplacé par la CTA (Amodiaquine-Artesunate) depuis 2005, ou même la chloroquine.

Cette absence de rigueur peut expliquer pourquoi seuls 10% des enfants sont pris en charge conformément aux directives et que les Traitements Préventifs Intermittents (TPI) sont peu répandus. En plus, ceci majore les risques de développement de résistance

La couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide reste faible chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes comme indiqué dans le graphique ci-dessous.

Résultats de la lutte anti palustre



Le Fonds mondial (FM) soutient les activités de routine (détection, traitement et distribution de moustiquaires) dans 219 des 515 ZS ;

La pandémie Tuberculeuse demeure un fardeau considérable

La RDC se situe parmi les pays les plus affectés par la tuberculose (TB), au 11^{ème} rang mondial, avec 220 000 nouveaux cas et 36 000 décès par an ; et des taux de prévalence de 512 et d'incidence de 327 pour 100,000.

Le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) bien intégré et bien financé, a longtemps été parmi les mieux organisés du pays et parmi les meilleurs d'Afrique. Depuis quelques années il souffre de la désarticulation du système et des imperfections du Fonds Mondial.

Pour contourner ces difficultés, le PNLT, comme d'autres programmes, développe des stratégies qui tendent à accroître la « verticalité » (installation des infirmiers superviseurs 'tuberculose', paiement des primes à ceux qui détectent des cas) ce qui accentue la désintégration du système.

Aujourd'hui, le FM couvre 85% des besoins nationaux en traitements de 1^{ère} ligne ; l'ONG Action Damien finance 10% et le gouvernement les 5% restants. Si 90% des traitements de 1^o ligne sont efficaces, moins de 2 % des tuberculoses multi-résistantes sont prises en charge.

Depuis 2000, on a observé une relative stagnation de l'empreinte épidémiologique de la TB. On assiste parallèlement à une augmentation des cas. Ceci découle en partie du VIH : les co-infections atteignent 30% et 28% des décès de tuberculeux lui sont attribuables ; mais seuls 27% des tuberculeux sont testés pour le VIH

Les défis à relever

En RDC, le contrôle des pandémies fait face à des contraintes plus sévères que dans de nombreux pays, que l'on peut les schématiser en :

- Insuffisance de la demande

Les populations ne fréquentent que de manière marginale ou discontinue les services de santé. Ceci est en particulier vrai pour les populations à risque ; et les groupes vulnérables souvent moteurs des épidémies.

- Insuffisance de l'offre de santé

Ceci tient 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. Et il si le FM ne couvre qu'environ 50% du pays, certaines structures de santé, théoriquement couvertes, ne sont pas appuyées.

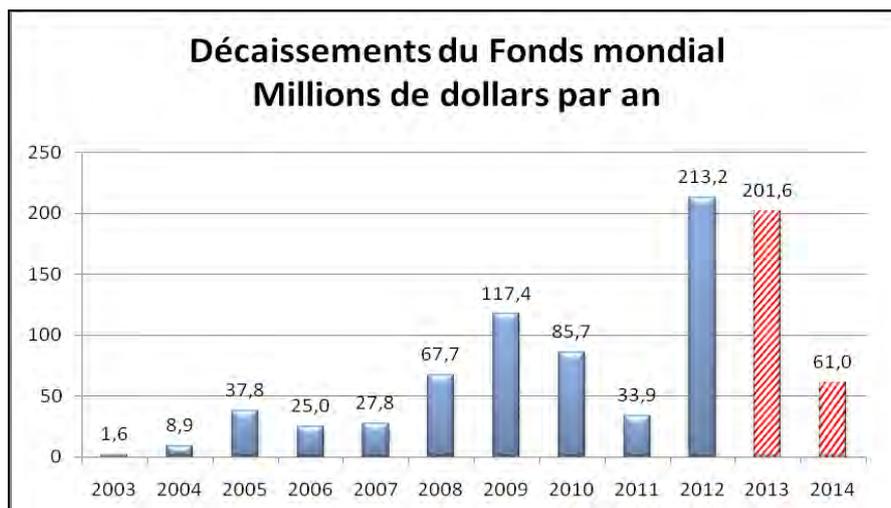
- Insuffisance du suivi

Liée aux problèmes de recueil et d'exploitation des données tant programmatiques que financières. Alors qu'un travail d'amélioration du SNIS avec un focus provincial est mis en place, celles-ci quand elles existent, sont souvent issues de sources peu concordantes

2) Les financements du FM en RDC

1. Le portefeuille de subventions

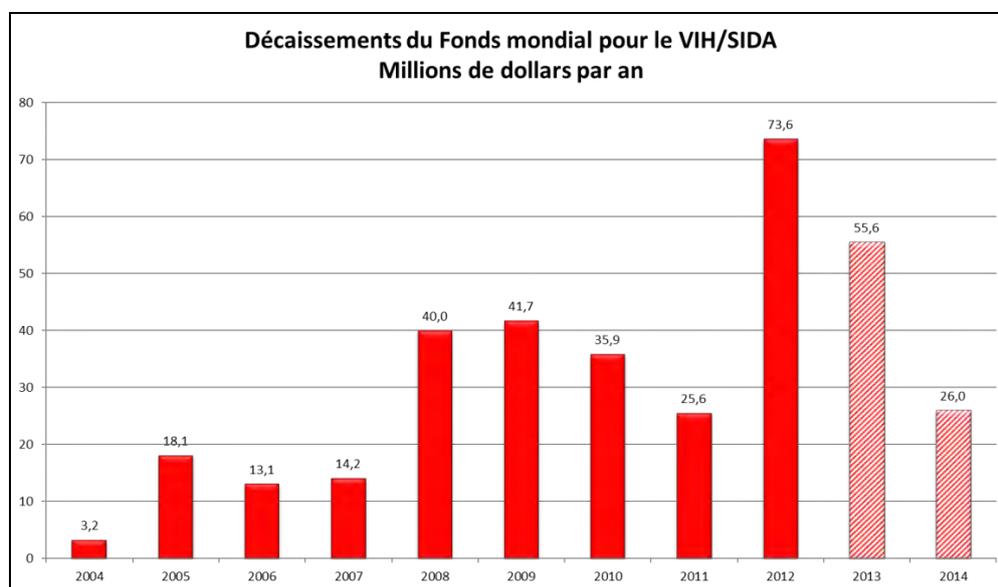
L'appui du FM se traduit depuis 2003 par des financements irréguliers qui ont tendance à croître même s'ils restent limités au vu des besoins considérables. Ceux-ci ont atteint un montant record en 2012



Montant total décaissé: 614,613,910
 Montant approuvé mais non décaissé à ce jour: 263,742,868

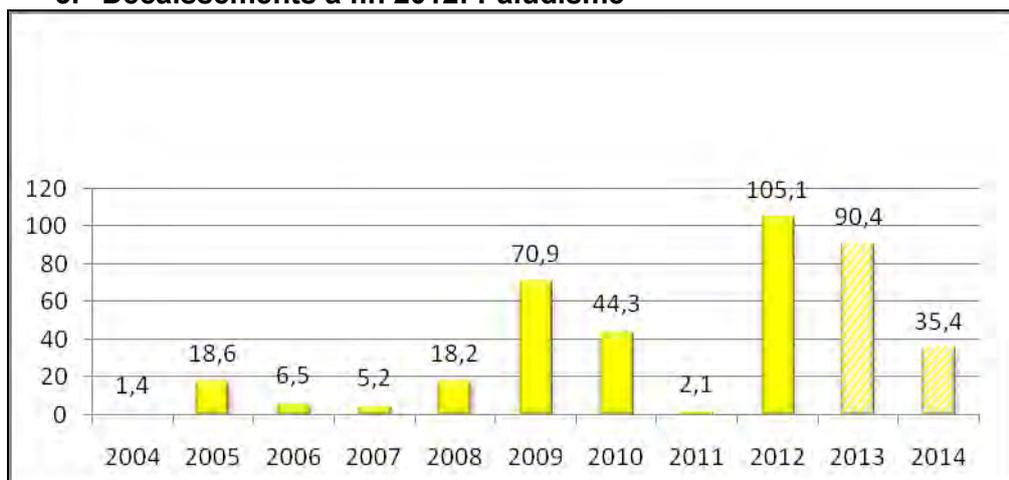
Les décaissements sont très variables suivant les maladies. On note que i) la répartition entre les maladies est particulière en RDC : la lutte contre le paludisme reçoit la majorité des financements et celle contre la tuberculose moins de 10% ii) ces dépenses ne reflètent pas la couverture programmatique –en témoigne le programme tuberculose qui est d’envergure nationale mais fonctionne avec des intrants moins couteux-; ii) beaucoup de subventions approuvées restent à utiliser.

2. Décaissements à fin 2012: VIH



Montant total décaissé pour le VIH/SIDA: 261 036 681
 Montant approuvé mais non décaissé à ce jour: 81 623 880

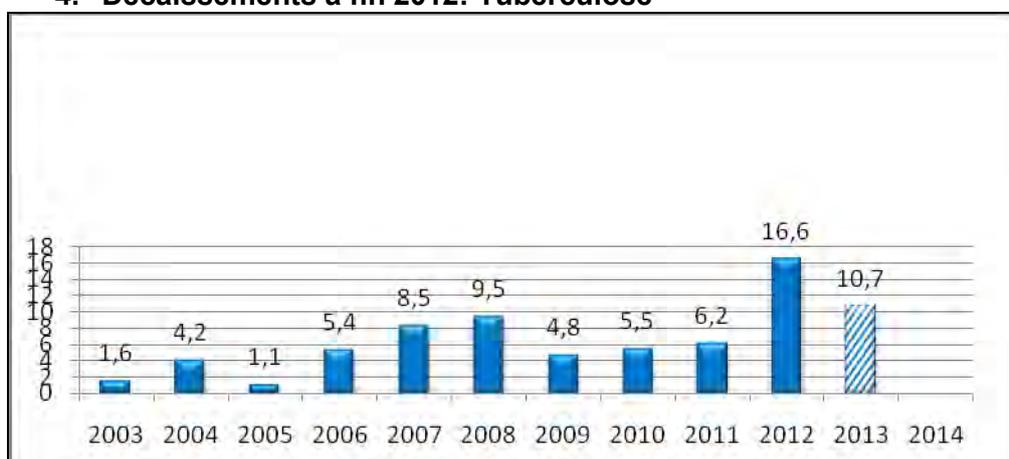
3. Décaissements à fin 2012: Paludisme



Montant total décaissé: 272 319 334

Montant approuvé mais non décaissé à ce jour: 125 881 299

4. Décaissements à fin 2012: Tuberculose



Décaissement total 63 368 927\$

Montant approuvé mais non décaissé à ce jour: 10 713 805\$

5. Le Renforcement du système de santé (RSS)

Décaissement en 2012 et au total: 17 888 968\$

Montant approuvé mais non décaissé à ce jour: 45 524 083\$

3) UN DISPOSITIF en MUTATION

1. L'instance de coordination nationale (ICN)

Si l'ICN est l'organe indispensable à l'utilisation des fonds dans tout pays bénéficiant du FM, il existe une grande latitude quant à son fonctionnement et à sa composition puisque les règles proposées par Genève restent non contraignantes.

En RDC, l'ICN il est présidé 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. A ces risques de conflits d'intérêt, les observateurs opposent l'utilité que peut représenter une telle tutelle.

Les évaluateurs n'ont pu recueillir que peu d'éléments tangibles sur son utilité réelle. Fort d'environ 50 membres, il tient davantage du forum de discussion que du conseil d'administration. Il est doté de capacités de management limité. En témoignent des difficultés de planification récurrentes; difficultés que les évaluateurs ont pu mesurer (réunion plénière et rendez-vous annulés). De plus des conflits de compétence existent entre ICN et Comité de Pilotage National (CNP) qui devrait être l'unique instance de coordination des projets santé

L'absence de représentation de l'ICN au niveau provincial constitue un autre handicap significatif dans un pays si étendu et décentralisé alors que des Comités de Pilotage Provincial fonctionnent. Certains proposent de fondre les ICN & CNP.

Notons que beaucoup de membres de l'ICN sont employés par le MSP et donc peu enclins à s'opposer à la ligne officielle. La société civile est souvent représentée par des organisations non gouvernementales (ONG), impliquées dans la lutte anti-Sida. Ces dernières souhaiteraient occuper davantage de postes décisionnels.

D'un autre côté, d'autres Ministères –qui ignorent quelquefois jusqu'à l'existence du FM- découvrent l'intérêt que représente une structure, l'ICN, qui arbitre des financements considérables, intérêt que le Ministère du budget a confirmé aux évaluateurs.

2. Les Récipiendaires : Récipiendaires principaux (RP), Récipiendaires secondaires (RS) et société civile

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a été le Récipiendaires Principal de l'ensemble des subventions jusqu'à la série 8. Des évaluations de son activité font état de résultats mitigés.

Si son mandat s'est officiellement clôt le 30 juin 2012, son portefeuille ne sera fermé que le 30 juin 2013. Ce qui n'est pas sans conséquences opérationnelles. Ceci semble par exemple faciliter les goulets logistiques, d'autant que les nouveaux RP n'ont pas a priori les capacités matérielles d'une institution internationale ni l'appui du système des Nations Unies dont pouvait bénéficier le PNUD.

A contrario, les nouveaux PR seront plus enclins à utiliser les systèmes nationaux qu'il s'agisse, par exemple, de logistique ou de communication.

Aujourd'hui, le portefeuille des 8 subventions actives est complexe. Le PNUD a cédé la place à 5 RP -dont certains étaient auparavant Récipiendaires Secondaires -. Retenons que 2 PR travaillent sur le VIH/SIDA (Sanru, Cordaid), 3 sur le paludisme (Sanru, PSI (Population services international, MSP), 2 sur la TB (MSP et Caritas). Ainsi le MSP est PR pour la malaria et la TB; et unique PR pour le RSS alors que l'on connaît les difficultés structurelles de l'institution.

Les PR délèguent une partie de leurs activités opérationnelles aux RS. Parmi ceux-ci on trouve 2 ONG françaises: la Croix-Rouge (VIH et Paludisme) dans l'Ouest et Médecins du Monde (VIH) dans la région de Goma.

Les ONGs, au 1^{er} rang desquelles les structures plus ou moins liés à des confessions religieuses, disposent de moyens humains et financiers conséquents et d'une tradition d'indépendance. Caritas, Sanru (Santé rurale), Cordaid (Catholic Organisation for Relief and Development Aid) appartiennent à cette catégorie. Les autres associations de la société civile, beaucoup moins représentatives, bénéficient de l'appui d'ONGs internationales. Très actives dans le domaine des droits humains et des minorités, celles-ci partagent les

considérations éthiques mises en avant par le FM. Médecins du Monde (MDM) France en est un bon exemple.

Pour chaque subvention, les différentes parties prenantes ont négocié plans d'actions et cadres d'évaluation des risques.

La collaboration entre les bailleurs a été renforcée et a conduit à la création du GIBS (groupe inter-bailleurs santé).

3. Les dispositifs de contrôle

Le FM a révolutionné la gestion des projets de santé publique en imposant une approche financière et des experts extérieurs venus du monde de l'entreprise privée.

Cet aspect a une acuité toute particulière en RDC où a été élaboré, en 2010, l'Agenda de Kinshasa – sur l'efficacité de l'aide « dans les États fragiles et les situations précaires ». Celui-ci fait suite à la Déclaration de Paris et l'Agenda d'Action d'Accra sur l'aide publique au développement (APD) et les OMD.

Dans la grille des risques du FM, la RDC est classé parmi les états très exposés.

LFA

L'Agent Local du Fonds (Local Fund Agent - LFA) est chargé du suivi des crédits financiers, des données programmatiques et des approvisionnements, pour le compte du FM. Son champ d'intervention s'est progressivement élargi : il fournit aujourd'hui une opinion indépendante sur les différents aspects de la mise en œuvre des activités. A ce titre, le cabinet Price WaterhouseCoopers (PWC) est associé au FM depuis 2002 en RDC. Doté d'un budget de 1,7 million \$ en 2013, il emploie 12 professionnels qui se consacrent au FM. Il est réputé bureaucratique mais compétent et efficace. Certains acteurs lui reprochent son absence d'inter-réaction avec les parties prenantes au niveau local et ses préoccupations quasi-exclusivement comptables.

Les Agences Fiduciaires

Des entreprises privées, au nombre de 5, ont été contractualisées par les Récipiendaires Principaux, au titre d'agence fiduciaire, pour suppléer aux faiblesses des contrôles. Leur rôle et l'étendue de leur implication diffèrent. Au MSP, le cabinet KPMG chargé de la gestion fiduciaire et de la gestion programmatique, collabore avec la Cellule d'Appui à la Gestion (CAG), récemment constituée. Toutes deux gèrent en sus des financements du FM, des fonds multilatéraux, Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), Union Européenne. Elles contribuent au processus "Ordonnement- Paiement" des activités financées par l'aide extérieure ou les fonds de contrepartie. Retenons leur rôle dans la passation des marchés et le suivi des financements au niveau central et provincial. Dotés de dispositifs conséquents (KPMG a 140 collaborateurs), elles interviennent au niveau central et périphérique selon les RP. Le 5^o RP, PSI a aussi prévu d'utiliser une agence fiduciaire.

Il est notable que le LFA et la plupart des agences fiduciaires soient des émanations des cabinets d'audits anglo-saxons.

Les limites du dispositif actuel

Les activités du FM génèrent, en sus des inspections nationales, une série de vérifications des LFA, de l'Agent fiscal (AF), du CAG et de l'Inspection Générale. Celles-ci peuvent

devenir contre productives par leur répétition et parce qu'elles représentent une charge significative pour quelques personnes clés.

Leur rendement est amoindri par la quasi-absence de restitution au niveau local, inscrite dans leur cahier des charges. On peut argumenter qu'une association avec la cour des comptes congolaise –par exemple–conduirait à une meilleure appropriation.

Différentes inspections ont conduit le FM à réagir face à des dérives inacceptables. Ce qui traduit une réelle prise en compte de la redevabilité et représente un exemple dont pourrait s'inspirer d'autres institutions internationales. Toutefois, il faut éviter que ces réactions n'aboutissent à des sanctions qui entravent le fonctionnement « normal » d'un système.

Quatre défis ont été identifiés.

i) Développer le système national d'information sanitaire (SNIS)

Indispensable au suivi des programmes et à l'évaluation d'impact, cette stratégie contribue au RSS. A plus court-terme et en collaboration avec divers partenaires, le GIBS doit contribuer à financer la collecte et l'uniformisation des données.

Une utilisation rationnelle des moyens techniques appropriés tels que des nouvelles technologies de l'information faciliterait un tel processus.

ii) Opérationnaliser le système logistique

Ceci a trait à l'ensemble de la chaîne, de l'achat des intrants, à l'approvisionnement ou à la gestion des stocks, aux rapports avec la Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels (FEDECAME), à la nécessité de règlementer les apports matériels des différents bailleurs. Et demande une claire montée en charge de certains RP.

Cet aspect, particulièrement préoccupant, doit être une claire priorité du FM et de tous ses bénéficiaires, de l'ensemble des bailleurs et du MSP.

iii) Améliorer la gestion financière

En améliorant la qualité des contrôles et de l'utilisation des budgets mais aussi en simplifiant les dispositifs.

iv) Développer la gouvernance en termes de supervision, coordination et stratégies

Pour cela, il faut renforcer l'ICN et les RP. Il faut aussi que les stratégies nationales prennent mieux en compte les réalités et puissent être suivies sur le terrain.

4. La réforme et les nouveaux mécanismes de financement

Au début 2013, la RDC a été sélectionnée pour participer à la phase de transition vers le nouveau modèle de financement. Ce qui se traduit :

- « pour le VIH en tant que candidat à la première phase de la transition, avec un financement additionnel de 130 Millions \$ jusqu'à fin 2016 avec soumission d'une nouvelle note conceptuelle
- pour le paludisme en tant que candidat de la phase intermédiaire, avec un financement additionnel de 85 Millions\$ en 2013-2014 »

Ce processus n'est pas encore figé. Le processus d'accès aux fonds qui devrait se faire à travers une reprogrammation des subventions, reste à finaliser. Une feuille de route a débuté en mai 2013 est en cours de finalisation. Le Plan d'action dite « note conceptuelle » qui le synthétisera est prévu pour septembre 2013.

Notons que la RDC est un des plus importants récipiendaires et le seul pays francophone à participer à cette phase expérimentale.

Ce nouveau modèle vise à introduire davantage de flexibilité, d'appropriation et de collaboration entre les différents partenaires à travers un « dialogue national ». Sous l'intitulé « interventions transversales », il souligne l'insertion des activités du FM dans les stratégies nationales en particulier le développement du SS et le respect de critères éthiques.

Il promeut la redevabilité, insiste sur l'engagement de l'ICN et du gouvernement, et évoque des contreparties qui devraient augmenter progressivement.

LA DEMARCHE D'EVALAUTION

1) Mise en œuvre

L'évaluation, réalisée à Kinshasa par un binôme franco-congolais, a duré 1 semaine en mai 2013.

Ils y ont rencontré 38 interlocuteurs, représentants du gouvernement, bénéficiaires (RP & RS), contrôleurs des programmes du FM (LFA, AF, CAG), partenaires du « développement sanitaire ». Ils ont accordé une place particulière aux intervenants français en rencontrant le Conseiller de coopération et d'action culturelle (COCAC), 4 coopérants techniques français (dont 1 au Ministère du budget), le représentant de l'Agence française de développement (AFD), 3 intervenants français issus d'ONGs. Dans la banlieue de Kinshasa, ils ont visité un hôpital de référence dans le domaine du Sida et de la TB.

Outre la complexité du champ d'évaluation et de la RDC, la mission s'est heurtée aux contraintes physiques de la ville de Kinshasa.

L'expert congolais a apporté la vision d'un praticien de santé publique qui travaille dans le domaine des maladies infectieuses, dans la région de Goma.

Cette évaluation avait une pertinence particulière puisqu'elle était concomitante d'une mission de l'équipe du FM, venue pour présenter sa nouvelle stratégie et une augmentation des ressources allouées à la RDC. Les évaluateurs ont ainsi participé aux 2 réunions plénières sur les programmes Sida et paludisme, organisés par l'ICN.

Souvent, ils n'ont pu que constater l'ampleur des changements. Puisque la quasi-totalité des directeurs des 3 pandémies ou d'autres départements du MSP comme les bénéficiaires RP & RS inauguraient leurs nouvelles fonctions. Ces changements, marqués par la responsabilisation du MSP et la mise en œuvre progressive de mécanismes de contrôle, représentent un des marqueurs des réformes en cours autour du FM.

2) Bilan de l'évaluation

Pertinence

Le projet est pertinent par rapport **aux besoins** de santé publique que sont les problèmes posés par les 3 pandémies; et par rapport aux demandes exprimées par les autorités et la

société civiles. Il se traduit par un appui au MSP et à divers bénéficiaires qui se voient offrir des moyens considérables.

La pertinence par rapport **aux moyens** peut être discutée au vu des problèmes considérables que nécessitent la mise en œuvre et la réussite des 3 programmes et l'existence de multiples défis sanitaires. Même si les défis sont colossaux, l'insistance mise sur le renforcement de la gouvernance et du suivi doit être saluée.

Globalement, l'appui du FM est pertinent par rapport à la situation épidémiologique puisque la RDC est classée à impact majeur et a un indice de développement humain parmi les plus faibles.

L'évaluateur considère que cette pertinence sera accrue par les réformes en cours au FM qui insistent sur les impératifs d'appropriation et de bonne gouvernance. L'intégration des activités de RSS doit diminuer l'approche verticale liée aux 3 pandémies.

Cohérence

Le FM finance un paquet d'activités qui vise à contrôler les 3 maladies, à travers la provision d'intrants appropriés et d'amélioration des systèmes de gouvernance et de suivi. La cohérence interne, relation entre les résultats attendus et les moyens mis en œuvre, est donc correcte mais doit être mise en perspective avec les immenses besoins existants. Ce qui constitue un défi redoutable pour l'ensemble des bénéficiaires, RS et RP et donc parmi ceux-ci le MSP dont on sait les limites.

Et ce d'autant que le désengagement de certains partenaires risque d'amoindrir la cohérence externe. Le pays ne pourrait alors compter que sur 2 grands bailleurs : le FM et les USA ; ce qui aggraverait les risques de verticalisation et rendrait plus pressant la coordination sur le terrain entre ce alors que des 2 entités reste à unifier. Le gratuité promue par le FM a faussé des règles qui permettaient à des personnels de disposer de revenus -qui leur sont indispensables- et a introduit une concurrence financière entre divers opérateurs ; ce qui diminue la cohérence externe. On peut espérer que le GIBS permette de diminuer ces interférences négatives et conforte les approches systémiques des problèmes de santé.

La cohérence globale a été renforcée par le volet RSS et certainement par les nouveaux mécanismes de financement. L'accent mis sur l'appropriation et la nécessité d'articuler les nouvelles interventions financées par le FM avec les stratégies nationales traduisent ce souci de cohérence.

Efficacité

Mesurer l'efficacité, donc les résultats obtenus par rapport aux objectifs identifiés, est une gageure en RDC. Les données existantes ne sont que des estimations largement incomplètes. Les données : couverture géographique inférieure à 50%, prise en charge de l'ordre de 15% au mieux, disponibilité des intrants autour de 20% décrivent d'abord des « contraintes environnementales ». Ces chiffres sont supérieurs pour les autres pandémies.

Au-delà des chiffres, les efforts du FM sont une des rares réponses, coordonnée à l'échelle nationale, à des défis majeurs. Les chiffres produits par le FM semblent représenter la meilleure estimation possible de situations compliquées et très diverses en fonction des régions, des maladies et des acteurs en présence.

Les apports du FM ont toutefois concurrencé de façon dommageable certains programmes qui fonctionnaient. Parmi ceux-ci, le programme de lutte contre la TB, des systèmes de recouvrement des coûts, la pharmacie d'approvisionnement –présente sur une très grande partie du pays en dépit de ses insuffisances.

Les nouveaux mécanismes de programmation, la meilleure prise en charge des spécificités du pays, l'insistance mise sur le « dialogue national », l'approche multipartenaire, la politique de gestion des risques, visent à augmenter l'efficacité du FM que tous les observateurs jugent faible.

Efficiences

Le FM se définit comme un fonds répondant à des objectifs de développement -et éventuellement d'efficacité- mais ne peut s'extraire des impératifs d'allocation optimale des ressources ; ce d'autant que le montant des financements alloués, 615 Million \$ sur 10 ans, est conséquent.

Ce rapport a largement souligné les obstacles qui obèrent le rapport coût/efficacité (le rendement) de ces programmes en RDC.

Les objectifs, clairement affichés, d'efficience dans la mise en œuvre du projet et de redevabilité participent d'une démarche novatrice. Ils se traduisent par des efforts entrepris dans les domaines de la gestion et de la prévention des risques.

Les points faibles ont trait aux difficultés de mettre en œuvre un nouveau « paradigme » dans le domaine de la santé publique, aux contraintes inhérentes de mener des activités complexes, au suivi et au degré d'exécution budgétaire -dont on a vu qu'il n'atteignait pas 50% dans certains cas-, à la pertinence de certains choix (sélection de bénéficiaires, paiement inadaptés à la situation...).

Les évaluateurs ne disposent pas des éléments suffisants pour se prononcer à propos de l'efficience quant aux résultats obtenus

En effet si l'estimation des coûts des résultats obtenus est toujours un exercice redoutable dans le domaine de la santé publique, elle relève de la gageure en RDC.

L'efficience globale découle bien-sûr de la somme des efficacités des différents programmes, programmes aux résultats hétérogènes et qui dépendent de l'efficience de partenaires qui se sont profondément renouvelés.

Une meilleure analyse de l'efficience globale du FM reposera sur de meilleurs indicateurs traduisant l'impact sur la santé des populations en termes de morbidité, mortalité évitée, espérance de vie gagnée.

Les propositions relatives aux nouveaux mécanismes de programmation et de financement ont largement intégré ces impératifs.

Visibilité

Le FM manque de visibilité en dehors du cercle des partenaires du développement en RDC. Une visibilité forte et une identification claire de ses activités inciterait vraisemblablement les Ministères autres que celui de la santé publique à s'impliquer davantage dans les mécanismes nationaux de supervision.

On pourrait souhaiter que le FM obtienne des partenaires qu'il finance, une reconnaissance plus claire de leur source de financement.

Impact

Les contraintes environnementales obèrent toute mesure d'impact incontestable sur l'empreinte épidémiologique des 3 maladies.

Cet impact n'est qu'estimé puisque les résultats ont davantage trait aux extrants des programmes qu'à leur impact sanitaire. De plus et même si le FM revendique un rôle majeur et structurant dans la distribution des services de santé, ses activités s'inscrivent dans un faisceau d'interventions auxquelles participent toutes les parties prenantes et la société civile. De ces activités communes, extraire un « impact FM » relève de l'arbitraire.

En RDC, le MSP, outre son rôle régalien, occupe des fonctions essentielles dans le dispositif du FM: ordonnateur à titre de Président de l'ICN, opérateur majeur comme RP de plusieurs subventions et contrôleur programmatique et financier. Il est devenu l'élément clé des programmes du FM.

Dans cette configuration, l'impact à moyen-terme, c'est-à-dire l'amélioration des services de santé et le contrôle des 3 pandémies, est conditionné par le renforcement du MSP.

Pérennité

La pérennité des activités du FM dépend d'hypothèses relatives au financement global du FM et donc de l'environnement international. L'importance épidémiologique de la RDC doit pérenniser ses quotas de financement ; en témoignent les crédits additionnels débloqués pour la phase de transition qui vient de débuter. .

Ce sera aux autorités nationales, à l'ICN en particulier, de superviser et gérer les 4 différents programmes nationaux et, en particulier, de répartir les crédits entre les 3 pandémies et le RSS. Ce qui entrainera des controverses légitimes au moins quant au financement.

Les efforts faits dans le domaine de l'appropriation et de la gouvernance ainsi que les efforts de contrôle tendent à conforter la pérennité de ces programmes

Appropriation et gouvernance

L'appropriation et le renforcement de la gouvernance sont des prérequis à la réussite du nouveau modèle de dialogue national. Alors que l'attribution de financement à travers les mécanismes rigides et stéréotypés des rounds pouvait handicaper un pays comme la RDC, le nouveau modèle se veut beaucoup plus proactif. C'est aux parties prenantes nationales et donc à l'ICN et au MSP de définir des notes conceptuelles qui répondent à des critères clairs et susceptibles de recueillir des subventions du FM. Cette souplesse est à mettre en exigence relatives aux partenaires et aux impératifs éthiques

Redevabilité

Le FM a mis en exergue dès ses débuts les impératifs de responsabilisation des parties prenantes nationales et de participation de la société civile. Ces éléments contribuent à la redevabilité même si dans un pays comme la RDC, par exemple pour les habitants des zones déshéritées, ce concept reste souvent théorique.

La redevabilité des contributions françaises au Fonds Mondial en RDC a pour spécificité d'avoir trait à un pays essentiel en termes de fardeau épidémiologique, de francophonie et dont les performances sont faibles.

Le nouveau système de financement plus souple, plus décentralisé, plus proactif devrait en faciliter le suivi au niveau national.

LE FM & LA CONTRIBUTION FRANÇAISE

Le dispositif actuel d'appui au FM sur le terrain se résume à un dispositif réduit d'assistance technique. Y participe le Conseiller Régional en Coopération Santé. Coopérant

senior, basé à Brazzaville, il couvre 6 pays et le suivi du FM constitue une de ses nombreuses priorités. Il contribue de manière active au CCM de RDC et est clairement identifié comme le représentant de la France.

Y contribuent les 2 coopérants des équipes de support inter-pays. Ces derniers apportent des compétences particulièrement nécessaires et reconnues aux bureaux régionaux de l'OMS et d'Onusida, dans des champs relevant du FM : ceux de l'approvisionnement et de la microbiologie. Depuis 2007, dans l'ensemble du continent, le nombre de ces contractuels est passé de 8 à 4 ; leur potentiel technique et « diplomatique » n'est pas pleinement valorisé au sein de l'APD Française.

L'AFD ne participe que de façon occasionnelle, à travers le GIBS, au processus de coopération multilatérale. Pour l'Ambassade, la santé ne constitue pas un domaine d'intervention clé pour la France. Elle délègue facilement aux techniciens son rôle de représentation et peut ne pas considérer tout le potentiel que représente le Fonds Mondial en terme de « smart power ».

Les évaluateurs considèrent que la participation de la France aux activités du FM en RDC ne saurait être sous-estimée.

Sa pertinence dans le plus grand pays francophone, au cœur de l'Afrique, aux potentiels considérables, emblématique des difficultés du développement ne saurait être discuté.

Il serait cohérent que la France 2^o contributeur du FM s'intéresse davantage à la RDC, pays à « impact majeur ». Même s'il est légitime que la santé ne soit pas un secteur prioritaire, la reconnaissance de la place éminente de la France au sein FM serait majorée par des efforts de participation et de représentation plus marqués. Et ce alors que l'hégémonie américaine est claire: leurs représentants jouent un rôle actif toutes les instances nationales du FM, manquent rarement une réunion de l'ICN, disposent d'un point focal spécifique. Ils sont capables de proposer de nombreux assistants techniques aux RP (et aux RS) en particulier avec l'appui des écoles de santé publique. Une approche commune avec certains des autres partenaires européens accroîtrait la cohérence externe de l'APD de l'Union Européenne.

Evaluer l'efficacité du dispositif de coopération médicale de la France n'est pas l'objet de cette étude, d'autant que les évaluateurs ne sont pas sûrs que la RDC occupe une place particulière dans cette stratégie. Les 3 conseillers santé français qui participent directement aux activités du FM disposent d'une séniorité et d'une reconnaissance incontestables parmi les coopérants techniques. Il faut noter qu'ils ne sont pas basés en RDC et donc ne peuvent avoir qu'un rôle au niveau central.

En l'état actuel du dispositif et alors que l'importance de l'aide multilatérale de la France est ignorée jusque dans le rang des praticiens du développement, des efforts doivent être fait pour en renforcer la visibilité, tant parmi les décideurs y inclus français que les bénéficiaires. La méconnaissance du FM diminue la redevabilité de cette aide. Face aux nouvelles exigences de transparence et aux impératifs budgétaires qui s'appliquent à l'APD, il est souhaitable que la RDC apparaisse davantage comme un des bénéficiaires prioritaire du FM et donc des contributions françaises.

L'Initiative 5% apparaît comme une réponse possible aux insuffisances de ce dispositif. D'ores et déjà, on peut facilement proposer des appuis dans 2 domaines : le management des activités du FM, en particulier au niveau décentralisé ; l'appui technique que ce soit en épidémiologies, en microbiologie, économie de santé.

Les montants disponibles auprès du FM pourraient financer de tels postes. Ceux-ci s'adresseraient à des experts qui acquerraient une expérience des réalités concrètes de 1^{ère}

main, expérience indispensable alors que la génération de conseillers techniques formés à la pratique de terrain cède progressivement sa place.

Les évaluateurs, pour le faisceau de raisons décrites ci-dessus, considèrent que le renforcement de ce dispositif sur le terrain est fortement souhaitable et que des fenêtres d'opportunité existent.

CONCLUSIONS

Points Forts

1. Des financements conséquents

Investir des dizaines de millions de dollars par an dans des activités concrètes, même dans un pays qui peut apparaître comme un puits sans fond, a forcément un impact. Le consensus des observateurs, plus que les données objectives, s'accorde pour juger que le FM a permis de contrôler l'épidémie de Sida, de poursuivre un programme national antituberculeux et d'initier des projets antipalustre innovants. Ce constat est vrai en RDC comme ailleurs.

2. Des efforts quant à la gouvernance

Dans un pays à très haut risque, le FM a introduit des stratégies innovantes pour faciliter l'émergence de contre-pouvoirs et mettre en œuvre des mécanismes de suivi programmatiques et financiers. Les diverses missions de l'Inspection Générale du FM tendent à montrer les difficultés de la tâche.

3. Une adaptabilité démontrée

Le FM en quelques années est devenu une institution plus mature. Il a eu à affronter des défis considérables et des changements fréquents.

Son aspect bureaucratique mis en avant par ses détracteurs ne saurait occulter une approche innovante des problèmes de santé publique.

La mise en pratique des nouveaux mécanismes de financement alors que le cadre et les structures bénéficiaires sont renouvelées en constitue un nouveau test.

4. Une certaine pérennité

Même si la RDC est classée parmi les pays à haut risque et aux performances peu satisfaisantes, le financement des programmes du FM semblent assurés à moyen terme. Même si toutes les promesses de dons ne se matérialisent pas, ce pays restera une priorité du FM.

5. Des efforts en faveur de l'appropriation

En dépit de critiques parfois sévères, les parties prenantes reconnaissent les efforts faits par le FM pour mieux intégrer ses interventions dans les programmes nationaux et pour donner aux responsables nationaux toute leur place, ce qui est confirmé par l'importance nouvelle donnée au dialogue national. Ce qui n'est pas sans difficulté dans un environnement politico-administratif extrêmement fluide.

Des faiblesses à améliorer

1. La pertinence par rapport aux moyens

L'ensemble des problèmes logistiques, les risques de rupture de stocks, les difficultés de mise en route de protocoles, la non-utilisation des moustiquaires imprégnées de longue durée, le RSS et la mobilisation des personnels de santé sont des questions auxquelles le FM et l'ensemble des parties prenantes doivent faire face.

2. La cohérence externe

Le FM est souvent apparu du fait de son importance et de la faiblesse des cadres existants comme capable d'imposer et/ou de s'affranchir des règles communes. Le focus mis sur les stratégies nationales, la volonté de certains Ministères de s'impliquer davantage, les activités du GIBS, l'expertise de certains récipiendaires, l'expérience accumulée devraient contribuer à des approches coordonnées.

3. L'opérationnalité des programmes

Ceci a trait à leur fonctionnement sur le terrain et à leur continuité. Comme déjà souligné, des difficultés matérielles (relatives aux intrants, aux personnels, aux crédits) et les changements importants qui ont concerné les acteurs clés ont quelquefois conduit à la disparition de pans entiers de programmes.

Cette discontinuité a été accrue par des problèmes de gouvernance qui se sont traduits par des gels de financement, contre-productifs en termes d'efficacité mais aussi d'image.

4. L'efficacité et l'efficience globales

Les programmes mis en œuvre doivent permettre une meilleure couverture géographique et opérationnelle, en particulier des populations cibles (groupes à risque, femmes enceintes, PVVIH..), quelles que soient les difficultés rencontrées. C'est le 1^{er} défi des nouveaux PR & RS. Ce qui impactera sur l'efficience de services, restée limitée à ce jour

5. Les relais institutionnels

Les programmes ont souffert de la faiblesse des opérateurs. Aujourd'hui les nouveaux récipiendaires, au 1^{er} rang desquels le MSP, doivent démontrer leurs compétences.

Les nouveaux mécanismes de financement et l'utilisation de crédits supplémentaires représentent un challenge pour l'ICN dont les capacités stratégiques restent à conforter et qui doit élargir sa base nationale au-delà du MSP.

2. Trois éléments méritent d'être soulignés

Le FM joue un rôle considérable dans la lutte contre les trois pandémies et est devenu le 1^{er} et quelquefois unique partenaire du gouvernement dans le domaine de la santé. Ses opérations doivent prendre en compte les énormes défis liés à l'environnement socio-politique et à l'insécurité, les besoins colossaux, l'immensité du territoire, la quasi inexistence d'infrastructures publiques, les challenges liés au transport et à l'approvisionnement, la faiblesse du système de santé. Ce qui rend toute mesure d'efficacité, d'efficience et d'impact périlleuse.

Le FM a beaucoup changé depuis ses 1^{ers} financements tant à Genève qu'en RDC ; il a su évoluer et tirer les conséquences d'erreurs passées. Il s'efforce d'adapter ses procédures aux réalités du terrain, même si une certaine approche bureaucratique perdure.

La nouvelle gouvernance qui met l'accent sur l'appropriation, la gestion des risques et le suivi devrait rendre ses opérations plus efficaces. Elle incite à une présence accrue de ses représentants sur le terrain, en fait dans la capitale, ce qui est indispensable. Toutefois, dans un pays tels que la RDC, cette présence doit aussi être renforcée au niveau décentralisé.

La contribution française au FM est conséquente en RDC, ce que beaucoup de responsables ignorent ou sous estiment même au niveau du pays. Seule une implication plus forte tant « technique que politique » de la France ajoutée à une volonté européenne concrète peuvent contrebalancer la prééminence des Etats Unis au sein du FM en RDC. Ceux-ci ont su mettre en place un dispositif d'appui et d'accompagnement polymorphe quasi hégémonique.

PROSPECTIVE

1) Quatre recommandations peuvent être proposées au FM

Leur mise en œuvre suppose un engagement de long-terme, une approche systémique, la prise en compte de contraintes spécifiques.

1. Mieux prendre en compte les réalités du pays

Ceci a trait aux programmes/structures de santé publique existants que l'approche plus transversale des activités et le RSS devrait conforter.

Le FM ne peut faire l'économie d'une réflexion face à une volonté décentralisatrice et au renforcement des provinces. Une seule ICN qui tend à (voudrait) représenter un pouvoir très centralisé ne peut être que peu opérationnel dans l'environnement de la RDC.

2. Consolider les relais nationaux

Ceci a trait à l'ICN dont la place confortée par le processus de réforme doit s'accompagner d'un renforcement des capacités d'abord dans le domaine du management.

Ceci concerne les autres Ministères qui ne peuvent se désintéresser de montants d'aide très significatifs. Alors que l'on parle de financement de contrepartie, la volonté d'implication du Ministère du Budget est tout à fait souhaitable.

Cette consolidation doit s'associer à la responsabilisation des partenaires nationaux qui doivent se considérer redevables de leurs activités. Les difficultés antérieures, la perception des risques que représentent le pays, l'impact négatif de certaines dérives l'imposent.

Ceci ne saurait se réaliser sans un renforcement du poids de la société civile ; une approche que les ONGs importantes doivent relayer, même si les bénéficiaires n'appartiennent pas à leurs sphères d'influence habituelles.

3. Adopter une stratégie plus opérationnelle

Le FM ne peut couvrir l'ensemble des besoins au risque de diluer son efficacité. Il est donc essentiel qu'existe une claire répartition des tâches entre les différents partenaires et que, sauf exception, le FM se consacre aux activités ayant une réelle efficacité programmatique et une meilleure efficacité. Ceci impose une sélection rigoureuse des programmes et des opérateurs que finance le FM.

Une plus claire identification de ses limites, l'accent mis sur le renforcement des services et l'accès aux soins, une politique de subventions plus réaliste –y inclus en faveur des personnels- signent la prise en compte de cet impératif.

4. Optimiser les activités de suivi

Améliorer le suivi opérationnel

La présence plus régulière des agents du FM sur le terrain, l'allégement de règles bureaucratiques, la recherche de meilleurs indicateurs de qualité, le focus sur des mesures d'impact y contribuent.

Mieux coordonner et enrichir les processus de contrôle

Ceci a trait à une simplification des systèmes et une meilleure concertation avec les responsables et les autorités de contrôle congolaises.

2) La position de la France peut être confortée

Trois prérequis ne sauraient être éludés:

1. Promouvoir la santé comme un outil d'APD majeur
2. Affirmer, en son sein, la place du canal multilatéral et donc du FM
3. Considérer la RDC comme un pays pivot

Cinq recommandations en découlent

1. Valoriser la participation française

Ce qui signifie reconnaître les efforts entrepris et accroître leur visibilité tant en RDC auprès des autorités y inclus de nos représentants publics et privés qu'à Paris et auprès de partenaires clés.

Ce manque de visibilité est accru par la complexité de notre dispositif d'APD.

2. Adapter le dispositif actuel pour mieux « s'approprier » les ressources disponibles

Ceci peut se traduire de 2 manières : i) un meilleur suivi des activités du FM par le renforcement de « l'assistance technique » ; ii) la montée en charge de l'Initiative 5%

Ceci peut concerner l'appui à différents bénéficiaires dans le domaine de la gouvernance. Les modalités des prises en charge des intervenants, l'implication de volontaires ou d'institutions (universités, ONGs, ESTHER, etc.) seront facilitées par les financements disponibles.

3. Promouvoir l'implication sur le terrain d'acteurs français de Santé Publique

Les champs d'intervention sont multiples : formation de personnels médicaux et paramédicaux, recherche opérationnelle, support aux laboratoires de référence, aux structures logistiques. Et de nombreuses compétences reconnues existent.

Une telle stratégie bénéficierait d'une clarification du dispositif institutionnel de l'APD dans le domaine de la santé.

4. Ne pas oublier les groupes vulnérables

Problématique redoutable en RDC tant ils sont nombreux, des victimes des guerres tribales, aux migrants et aux enfants des rues des grandes villes, aux mineurs contraints de travailler dans des conditions inhumaines. Alors que l'on connaît l'audience limitée de leurs représentants, des ONGs françaises jouent déjà un rôle pionnier d'assistance auprès de certains de ses groupes.

La France doit veiller que cette préoccupation demeure au cœur du mandat du FM et de ses partenaires.

5. Fédérer les autres partenaires européens

Cette recommandation doit dépasser le stade incantatoire et devenir opérationnelle.

L'UE ne peut faire l'économie d'une réflexion tant à Bruxelles (quelle est la position réelle de des instances européennes sur le FM et en particulier sur le FM en RDC ?) qu'en RDC (les différents partenaires peuvent-ils définir une « stratégie Européenne » dans un pays africain test ?



Un Réseau d'Expertise

**RAPPORT DE MISSION
OUGANDA**

**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

MAI 2013

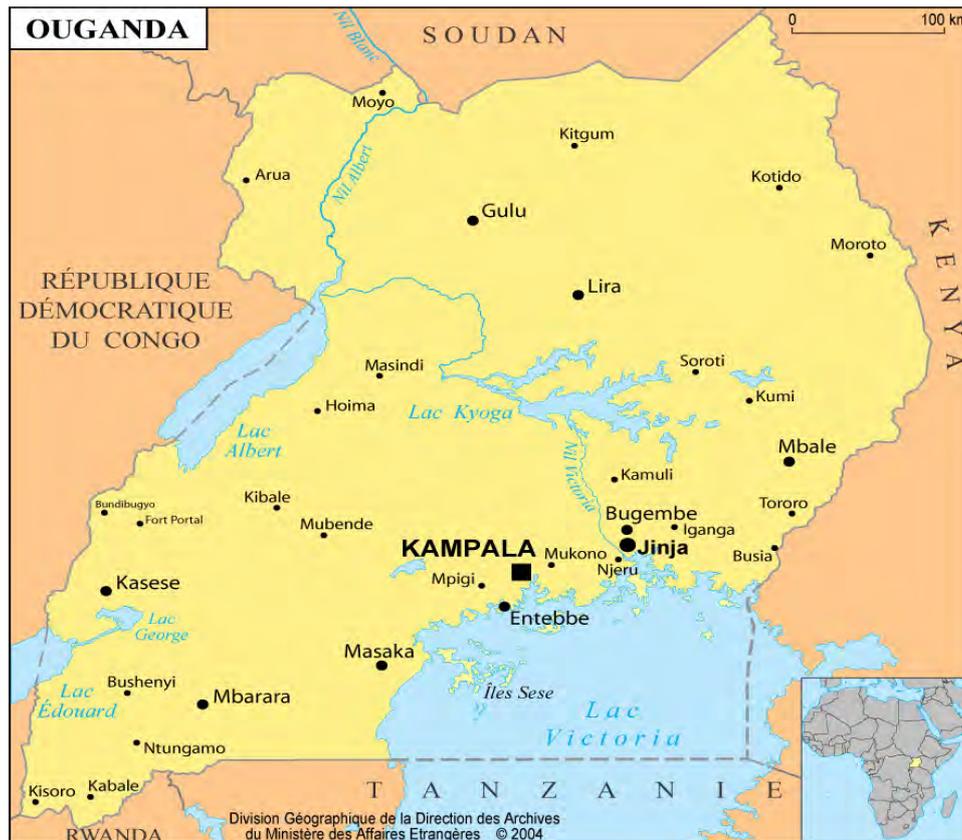
**La mission en Ouganda s'est déroulée du 6 au 11 mai 2013. Elle a été réalisée par
Mme Christine Thayer, membre de l'équipe d'évaluation
et le Dr Jackson Were, expert local.**

Liste des abréviations

APD	Aide publique au développement
BFC	Bureau Focal de Coordination pour le Fonds Mondial
DANIDA	Agence danoise pour le développement international
DFID	Ministère du Développement international (Royaume Uni)
FM	Fonds mondial
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GMS	Grant management support (Appui à la gestion des subventions)
HEPS-Uganda	Coalition pour la promotion de la santé et le développement social (Coalition for Health Promotion and Social Development)
ICN	Instance de coordination nationale
LFA	Agent local du Fonds (Local Fund Agent)
MCP	Mécanisme de coordination pays
M&E	Monitoring et Evaluation
MS	ministère de la Santé
MVAG	Mécanisme Volontaire d'Achat Groupé
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida
PACE	Programme for accessible Health Communication & Education
PEPFAR	Initiative du Président américain pour la lutte contre le sida (President's emergency plan for AIDS relief)
PMI	President Malaria Initiative (Initiative du Président américain contre le paludisme)
PSI	Population Services International
PwC	PricewaterhouseCoopers
RP	Réциpiendaire principal
RSS	Renforcement du système de santé
SC	Société civile
SR	Sous-réциpiendaire
UDHS	Uganda Demographic & Health Survey
TASO	AIDS support organisation
TB	Tuberculose
UAC	Uganda Aids Commission
US\$	Dollars américains
USAID	Agence américaine pour le développement

Présentation du pays

L'Ouganda se situe en Afrique de l'Est avec, comme pays voisins, le Kenya, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Soudan du sud et la Tanzanie. Jusqu'en 2005, c'était une république à parti unique mais cette année-là a vu une modification constitutionnelle qui a introduit le multipartisme. Le Président Yoweri Museveni, au pouvoir depuis 1986, fut réélu à la tête du pays le 18 février 2011. Le pays avait 34 millions d'habitants en 2012 dont 80% vivaient de l'agriculture : du café, de la canne à sucre, du coton et de la patate douce. Récemment, du pétrole en quantités importantes a été découvert dans la région du Lac Albert.



[Carte de l'Ouganda \(source Google\)](#)

Le niveau d'éducation est relativement bas et le taux d'analphabétisme élevé, surtout chez les femmes. En 2011, le ratio brut de présence à l'école secondaire était de 40,7% pour les filles et de 47,4% pour les garçons.

Dans le domaine de la santé, le taux de fertilité reste un des plus élevés au monde à 6,2 par femme. Seulement 26% des femmes mariées utilisent une méthode de planification familiale moderne, bien que ce pourcentage ait augmenté rapidement depuis 1995 quand le taux était seulement de 8%. Toutefois, parmi les femmes âgées de 35 à 44 ans, 38% des femmes utilisent une méthode moderne. La région géographique et le niveau d'éducation ont une influence majeure sur les comportements dans ce domaine.

Les taux de mortalité infantile ont baissé depuis dix ans. Le taux de mortalité néo-natal est aujourd'hui de 27 au lieu de 34 pour 1000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile (décès avant le premier anniversaire) est de 54 au lieu de 89 ; tandis que le taux de mortalité

entre les âges d'un et cinq ans est de 38 au lieu de 60. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le taux de mortalité maternelle est de 310 (2010) et dans ce contexte, nous pouvons noter que, si 95% des femmes effectuent au moins une visite prénatale auprès d'un accoucheur qualifié, seulement 59% ont une assistance professionnelle lors de l'accouchement. En moyenne, 57% des femmes accouchent dans un établissement de santé mais la différence entre les zones urbaines et rurales est importante : dans la capitale, Kampala, 94% des naissances sont professionnellement assistées et 93% ont lieu dans un établissement.

Le taux de vaccination est en augmentation – 52% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont une vaccination complète comparée à 37% en 2000-1. En ce qui concerne la vaccination contre la tuberculose, le taux était de 94% des enfants en 2011. La moitié des femmes et un quart des enfants souffrent d'une anémie. Le paludisme est une des causes principales de la mortalité en Ouganda et 74% des foyers sont propriétaire d'au moins une moustiquaire, un taux qui atteint 81% dans les villes. Presque 60% des foyers ont au moins une moustiquaire imprégnée. La moitié des enfants en dessous de 5 ans dormaient sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Pour les moustiquaires imprégnées, ce chiffre était de 43%. Les deux tiers des femmes enceintes (qui avaient accouché dans les 2 ans précédant l'enquête) avaient pris un médicament anti-paludique pendant leur grossesse.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, la connaissance de cette maladie est bonne dans la mesure où presque l'ensemble de la population en a entendu parler. Selon la « Uganda Demographic & Health Survey » (UDHS), certains groupes de la population ont tendance à multiplier les partenaires sexuels. Si la proportion de femmes ayant eu plus de 2 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois est seulement de 2%, le chiffre correspondant est de 19% pour les hommes. La proportion d'hommes ayant eu plus de 2 partenaires dans le 12 derniers mois est plus élevé pour ceux qui sont âgés de 40 à 49 ans (29%), pour ceux qui sont actuellement en couple (26%) et pour ceux qui habitent des zones urbaines (20%). En outre, même si la grande majorité d'adultes savent que l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels réduit le risque de contamination, seulement 31% des femmes entre 15 et 49 ans et 18% des hommes ont fait état de l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport.

Histoire du Fonds Mondial (FM) en Ouganda

L'Ouganda a été impliqué dès le début dans la mise sur pied du Fonds Mondial. En 2001, le Dr. Crispus Kiyonga, Ministre de la Santé à l'époque, a présidé le comité de transition qui a écrit la constitution du Fonds et qui a défini ses modalités de fonctionnement. Le Dr. Kiyonga a été le premier Président du Comité de Direction du Fonds.

Mais en dépit de cette contribution importante à la création de ce mécanisme original, c'est en Ouganda qu'ont été révélés les premiers dérapages par rapport à la réglementation du Fonds sur la gestion des flux financiers. En 2006, l'Agent local du Fonds (LFA) a découvert des irrégularités au sein de l'Unité de Gestion du Programme qui avait été créée auprès du Ministère de la Santé. A l'époque le gouvernement était l'unique bénéficiaire principal et une unité de gestion de projet a été créée pour assurer la plupart des fonctions liées à ce rôle. Cette unité de gestion était, donc, responsable de la gestion des fonds pour le compte du Bénéficiaire principal et assurait en même temps le rôle du secrétariat du Mécanisme de Coordination Pays (MCP), ce qui a créé une situation de conflit d'intérêts. Par ailleurs, le personnel de cette unité n'ayant pas toujours suivi les protocoles établis, assez rapidement, des irrégularités financières importantes ont été découvertes.

Ce constat a mené à une suspension du financement pendant 3 mois à partir d'août 2006. Le gouvernement s'est vu dans l'obligation de démanteler l'Unité de Gestion du Programme et a fait appel à la société internationale de gestion financière et d'audit, Ernst & Young, pour

la supervision de l'administration des subventions par intérim. Cette action a permis la relance du programme. La période de transition a duré plus d'un an. La commission d'enquête, qui a permis la récupération d'une bonne partie de l'argent disparu, a évoqué l'absence de contrôle dans la gestion des subventions et le manque de coordination entre le secteur public et la société civile.

Il faut admettre que l'Ouganda a souffert d'un retard dans l'octroi des fonds, qui est lié – selon les normes de fonctionnement du FM - aux performances. Au plan international, où des subventions totalisant 990 millions de dollars ont été approuvées lors de la première phase en 2002, seuls 505 millions (c'est-à-dire un peu plus que la moitié) avaient été décaissés au début de 2006. Le processus d'approbation des demandes de décaissement a parfois été très long, vu la nécessité pour le Comité technique de Revue de mener un examen minutieux des documents et ceci – bien sûr - dans un souci de transparence et de rigueur.

La difficulté principale liée à ce retard concernait des difficultés de calendrier, les subventions ne pouvant être renouvelées que si les pays récipiendaires font preuve de progrès quant à l'utilisation de l'argent et par rapport aux résultats obtenus. L'arrivée tardive des fonds a ainsi créé une situation où il était urgent de dépenser au plus vite l'argent. Dans ce contexte, le personnel de l'Unité de Gestion du Programme a succombé à la tentation de lésiner sur les procédures, ce qui a certainement créé des conditions propices à la disparition des fonds perdus.

Toutefois, des problèmes de gouvernance semblent être un problème récurrent en Ouganda. En 2012, le FM a signalé au Ministère de la Santé des irrégularités dans la gestion d'une subvention. Le Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique ainsi que le Ministère de la Santé se sont engagés à agir afin de renforcer les contrôles internes et d'identifier les sanctions à appliquer au personnel impliqué. Une enquête policière s'en est suivie qui a mené au lancement en avril et mai 2013 de poursuites judiciaires contre plusieurs salariés du Ministère de la Santé.

La situation épidémiologique en Ouganda

HIV/Sida

Depuis plus de deux décennies, l'Ouganda fait face aux conséquences d'une épidémie généralisée du HIV/SIDA. D'après l'étude « Modes of Transmission » de 2009, 81% des transmissions sont le résultat de contacts hétérosexuels, avec 18% de transmissions mère-enfant. Au total, 37% des nouvelles infections résultent de partenariats multiples, dont 35% au sein de couples monogames discordants, dont la plupart ignoraient leur statut HIV. Environ 9% sont le fait de réseaux commerciaux du sexe. L'Enquête ougandaise sur les Indicateurs du Sida, 2011 (Aids Indicator Survey, 2011) montre que l'épidémie est surtout concentrée parmi les gens âgés entre 35 et 45 ans. Parmi les personnes atteintes, 7,3% sont des adultes âgés de 15-49 ans et 0,7% des enfants de moins de 5 ans. Le taux de séroprévalence parmi les personnes plus âgées (50 à 59 ans) est de 6,6%.

Tuberculose (TB)

Cette maladie représente un problème majeur de santé publique en Ouganda, qui est parmi les 22 pays dits « hautement atteints par la tuberculose ». La prévalence (pour toutes les formes) est estimée à 183 pour 100,000 habitants par an, avec une incidence de nouveaux tests positifs (frottis buccaux) de 193 pour 100,000 personnes et 6,2 morts pour 100,000 habitants par an. Les chiffres correspondent en ce qui concerne les Objectifs pour le Millénaire sont respectivement 103 en ce qui concerne la prévalence et 35 pour les décès. Le nombre de cas annuels de tuberculose en Ouganda (tous types confondus) se situe depuis quelques années autour de 45,000. Les statistiques sur l'identification et le traitement des cas de tuberculose montrent des résultats médiocres et cela pour diverses raisons :

manque de financement, failles dans le système de santé (personnel insuffisant, faible couverture géographique des laboratoires, mauvaise gestion de l'approvisionnement, systèmes d'information défectueux, mise en œuvre sous-optimale de la stratégie pour la TB multi-résistante) et faibles connaissances au sein des communautés. L'épidémie généralisée du VIH est l'un des principaux déterminants de l'épidémie de la tuberculose. En 2012, 87% des personnes atteintes de la tuberculose ont fait l'objet d'un test VIH et 53% d'entre elles souffraient de co-infection TB/VIH. L'autre aspect inquiétant est l'épidémie émergente de TB multi-résistante qui défie les mesures de contrôle actuellement en place.

Paludisme

Le paludisme est aussi un problème majeur de santé publique. Cette maladie est hautement endémique dans 95% du pays et la transmission est pérenne, avec des taux variant entre modérée et haute. Les enfants en dessous de 5 ans et les femmes enceintes sont affectés de manière disproportionnée. D'après les statistiques hospitalières, le paludisme est responsable de 30 à 50% des visites ambulatoires, de 15 à 20% des hospitalisations et de 9 à 14% des décès en milieu hospitalier. En Ouganda, le taux de mortalité spécifique lié au paludisme est estimé à entre 70,000 et 100,000 décès annuels.

Selon l'Enquête ougandaise sur les Indicateurs du Paludisme (UMIS 2009), la prévalence du parasite chez l'enfant de moins de cinq ans est de 44,7%. Une étude menée par Okello P. et al et publiée en 2006 dans le « American Journal of Tropical Medicine & Hygiene » a estimé que, en moyenne, chaque résident de la région nord de l'Ouganda (une des zones les plus affectées au monde) recevait 1 600 piqûres infectées chaque année. En même temps, la prévalence du parasitisme paludique parmi les enfants de moins de 5 ans de cette région en 2010 était de 56%. Les interventions ciblent la population dans son entièreté mais avec des actions spécifiques pour les groupes vulnérables, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Aujourd'hui, il y a quelques signes modestes de déclin du fardeau de cette maladie. Toutefois, avec une augmentation de la capacité diagnostique et un contrôle accru du vecteur y compris par le biais de la campagne nationale de distribution des moustiquaires de 2010 et celle prévue en 2013, des réductions significatives peuvent être obtenues dans les cinq ans à venir. Plusieurs études menées sur l'intensification des interventions montrent que l'utilisation des moustiquaires imprégnées de longue durée et/ou la pulvérisation intradomiciliaire ont un effet significatif sur la morbidité du paludisme et la mortalité où une vaporisation intérieure avec un insecticide a eu lieu. Les données du système d'information de santé disponibles dans ces districts montrent une réduction de l'incidence du paludisme.

Le rôle du Fonds Mondial en Ouganda

Avec le PEPFAR (Initiative du Président américain pour la lutte contre le sida), le Fonds Mondial est un des deux contributeurs principaux à la lutte contre le HIV en Ouganda, qui reçoit du Fonds environ 20 millions de dollars par an. A l'heure actuelle, il y a 13 subventions actives réparties ainsi : malaria (5), HIV/Sida (4), tuberculose et renforcement du système de santé (2 chacun).

D'après le site [eb](#) du Fonds Mondial, les subventions déjà approuvées pour l'Ouganda totalisent 579.636.795 dollars répartis comme suit :

Paludisme	294, 891,743 dollars
HIV/Sida	243,758, 626 dollars
Tuberculose	26,541,958 dollars
Renforcement du système de santé	14, 444,468 dollars

Les performances en Ouganda ont été généralement médiocres. Un pourcentage assez bas des subventions accordées a été dépensé et les notes reçues lors des évaluations ont été peu satisfaisantes (sauf une exception, elles n'ont pas dépassé la catégorie B2). Malheureusement, la suspension des accords en 2005 a produit une réaction en termes de prudence et d'aversion au risque qui a sans doute eu un effet négatif en ce qui concerne le taux de mise en œuvre. Des exemples de la performance insatisfaisante cités dans un rapport rédigé par Richard Hasunira pour HEPS-Uganda (the Coalition for Health Promotion and Social Development) incluent :

- une subvention de 4,4 millions de dollars mise à disposition pour la formation, l'information, l'éducation et la communication en octobre 2010 a seulement été utilisée vers le milieu de 2011 parce que le plan de formation a tardé beaucoup à être approuvé
- le pays a perdu 1,1 millions de dollars sur une subvention accordée sous la Phase 2 pour la tuberculose
- le pays a perdu 4,8 millions de dollars d'une subvention de 8,1 millions de dollars accordée sous la Phase 2 pour la tuberculose.

Depuis les problèmes de manque de transparence révélés en 2005, la plupart de l'argent accordé à l'Ouganda l'a été pour l'approvisionnement en médicaments et équipements. Auparavant, le Ministère de la Santé était responsable de l'approvisionnement pour le secteur public (les Crown Agents étaient sous contrat comme Third Party Procurement Agent), les Joint Medical Stores pour le secteur privé à but non-lucratif et « Accès Médical » pour le secteur privé à but lucratif. L'achat se fait depuis 2012 par le biais du Mécanisme volontaire d'achat groupé (MVAG). Suite à un appel d'offre public international, le FM a donné ce marché pour les moustiquaires imprégnées et pour l'achat des médicaments à PSI (Population services international). Les trois organismes nationaux se focalisent donc uniquement sur le stockage et la distribution des produits achetés et le LFA exerce un monitoring par le biais d'inspections régulières.

Un aspect important dans la prise de décision concernant l'utilisation du MVAG était les retards considérables qui se produisaient au sein du système national d'approvisionnement. Depuis que le contrat a été accordé à PSI, l'approvisionnement s'avère très efficace et les médicaments arrivent rapidement dans les quantités prévues. Malheureusement, ceci provoque d'autres problèmes, notamment en termes de stockage et distribution et met en lumière la faible capacité du système gouvernemental à maîtriser la chaîne de distribution. A noter que les produits achetés sont tous en conformité avec les normes du Bureau National de Normalisation.

Le Mécanisme de Coordination Pays

Le Mécanisme de Coordination Pays joue un rôle important dans le processus de demande de subvention. Il soutient l'organisation et la soumission des demandes de subvention et est actif aussi par rapport à leur monitoring. Parmi ses autres fonctions, il nomme les entités nationales responsables de la mise en œuvre du programme, il suit la mise en œuvre de la subvention octroyée, il soumet des demandes de prolongation du financement en cours et il

approuve des demandes d'ajustement du calendrier. Le MCP a quatre sous-comités : le comité exécutif, le comité pour le monitoring du progrès, le comité des finances et de l'approvisionnement et le comité pour la mobilisation des ressources et le développement des propositions.

De manière générale, le MCP consiste en une large gamme de représentants d'agences gouvernementales, d'organisations non gouvernementales (ONG), d'organisations locales y compris religieuses, d'individus actifs dans le domaine en question et d'organismes issus du secteur privé. Toutefois, depuis le lancement du Fonds, un des constats récurrents a été l'influence limitée de la société civile dans la préparation des propositions et dans le monitoring des programmes. Néanmoins il est clair que la société civile a un rôle important à jouer. Elle peut notamment rendre plus réelle la situation des personnes atteintes par les différentes maladies, peut se rendre compte plus facilement de l'urgence de certaines situations critiques et donc de l'importance de planifier/mobiliser rapidement les ressources, contribuer une dimension très pratique dans le processus de planification, représenter des populations vulnérables, aider dans la mise en œuvre de services communautaires et rendre les décideurs responsables de leurs actions et des résultats concrets des programmes.

En Ouganda, jusqu'à très récemment, les réunions du MCP étaient toujours fortement dominées par le gouvernement qui l'avait intégré dans une structure gouvernementale complexe et lourde. Le Président en était le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, avec un mélange de rôles qui n'était pas très souhaitable du fait des conflits d'intérêt qui pourraient en résulter. La société civile était représentée au sein de deux comités, le Comité de Conseil sur la Stratégie en Santé (Health Policy Advisory Committee), dont le rôle était de se focaliser sur le paludisme et la tuberculose, et le Comité de Partenariat de la Commission Nationale SIDA. Ces deux structures se réunissaient ensemble pour constituer ainsi le MCP. Ce dispositif avait été créé par le gouvernement - avec l'encouragement du Secrétariat du Fonds Mondial - au moment de la découverte des fuites d'argent en 2005 et était censé introduire une plus grande transparence voire une meilleure gestion des ressources octroyées. Or, cette structure, quand elle se réunissait, comprenait entre 40 et 80 membres et la contribution de la société civile était, pour l'essentiel, perdue voir étouffée au sein de ce comité très lourd.

Les raisons de la faiblesse et de l'inefficacité de la contribution de la société civile au sein du MCP étaient plusieurs :

- le rôle de la société civile n'est pas très développé en Ouganda et par conséquent, ses représentants se sentent désavantagés au sein du MCP comparé à ceux du gouvernement ou des donateurs
- il existe une compétition permanente entre les membres de la société civile (SC) pour les moyens mais aussi pour occuper une place dans les débats, ce qui rend difficile la constitution d'une plateforme unie
- les représentants de la société civile n'ont pas, la plupart du temps, accès aux informations nécessaires pour leur permettre de faire une contribution substantielle et réelle aux discussions. Un exemple en est l'utilisation par les autorités d'Internet pour envoyer les invitations mais souvent aussi comme point de référence ou source d'information. Les membres de la société civile - de leur côté - mettent en évidence des difficultés d'accès qui restreignent parfois leur pleine participation.
- les représentants de la société civile n'ont pas une très bonne connaissance des procédures budgétaires et financières gouvernementales
- les membres de la SC viennent d'organisations très diverses avec des intérêts divergents et de ce fait, il est souvent difficile de s'accorder sur une approche. A la différence des représentants du gouvernement ou des donateurs, ils n'ont pas très souvent des réunions de concertation préalables à la réunion du MCP et ainsi, n'ont pas une position commune

- en dépit de l'existence d'un budget destiné au renforcement des capacités du MCP, pendant longtemps, les membres de la société civile n'ont pas bénéficié d'orientation ou de formation. En 2011, une formation a été organisée sur la gouvernance mais ceci paraît très insuffisant par rapport aux besoins
- très souvent les représentants de la société civile n'ont pas des moyens logistiques suffisants à leur disposition pour leur permettre de jouer un rôle très actif.

La participation de la SC aux fonctions du MCP a ainsi été très faible en Ouganda jusqu'en 2011. Elle a néanmoins réussi un certain nombre d'actions, dont les plus importantes ont été une participation à la programmation au niveau de la mise en œuvre et un rôle actif par rapport au développement des propositions. Pour les Phases 7 et 8, la SC a développé des notes stratégiques (concept papers) sur la base de consultations qu'ils ont organisées à travers le pays et a contribué ainsi aux propositions.

En 2010/2011, une réflexion a été entamée, avec l'organisation en avril 2011 d'un séminaire/débat sur les possibilités d'améliorer l'efficacité du MCP et de réduire les conflits d'intérêt générés par les étroites relations avec le gouvernement. Il a été décidé ainsi de remplacer le mécanisme institutionnel mis en place en 2006 avec une structure plus souple, plus légère et surtout, plus indépendante du gouvernement. Le résultat en a été la restructuration du MCP et la création d'un secrétariat indépendant de quatre personnes, hébergé au sein de la Commission Nationale sida. En même temps un plan stratégique a été développé visant à améliorer les structures, l'organisation et la gestion du MCP y compris la gestion des subventions.

Depuis juillet 2011, le MCP consiste en 17 membres avec leurs 17 suppléants. Parmi les membres, 8 viennent de la société civile (y compris le secteur privé, les organisations religieuses et le secteur universitaire), 6 du gouvernement, 2 représente les donateurs et un représente l'aide au développement multilatérale. Parmi les membres représentant la société civile, 2 représentent les personnes vivant avec les maladies cibles (un pour le HIV, un pour le paludisme) et un représente les populations affectées. Dans le MCP reconstitué il y a donc une légère supériorité des organisations relevant du secteur non-gouvernemental (voir le tableau N° 1 ci-dessous pour le détail) et de ce fait, une augmentation de leur capacité d'influer sur la prise de décision. Pour la première fois, les représentants de la SC ont été sélectionnés par le biais d'élections au sein d'une série d'ateliers constitués spécifiquement à ces fins.

Le constat principal en ce qui concerne ces changements est que le MCP est désormais séparé des structures de planification du Ministère et par conséquent, il n'est plus aussi directement sous l'influence du gouvernement. En outre, son Président étant aujourd'hui le Président du Conseil d'Administration de la Commission Nationale sida, les conflits d'intérêts seront moindres que par le passé. La réduction dans le nombre de membres a contribué à augmenter l'efficacité du comité et à assurer une participation plus active de la part des membres. La création d'un secrétariat indépendant du Ministère constitue un pas en avant. Ce changement est perçu comme étant très positif du point de vue de la structure, du leadership, de la sélection des membres et de l'approche générale. De manière générale, il paraît que, depuis la reconstitution du MCP, ceci fonctionne bien. Les membres sont des personnes ayant beaucoup d'expérience et le Président, qui a travaillé au FM à Genève, et connaît parfaitement - de ce fait - son fonctionnement.

Tableau 1 : Membres de l'ICN Ouganda, 2012		
DANIDA	Non-Réципиendaire	Non-public
Commission Sida Ouganda Uganda AIDs Commission (UAC)	Non-Réципиendaire	Secteur Public
Church of Uganda Provincial Secretariat	Non-Réципиendaire	Non-public
Ministère de la Santé	SR – Sous-réципиendaire	Secteur public
Ministère des Finances, Planification et Développement Economique	RP – Réципиendaire principal	Secteur public
Uganda Network of Aids Service Organizations (UNASO)	Non-Réципиendaire	Non-public
AMREF	SR – Sous-réципиendaire	Non-public
Uganda Youth Positives	Non-Réципиendaire	Non-public
USAID (Office de Coopération Américain)	Non-Réципиendaire	Non-public
Most At Population Initiative (MAPI)	Non-Réципиendaire	Non-public
Federation of Uganda Employers	Non-Réципиendaire	Non-public
Uganda Muslim Medical Bureau	Non-Réципиendaire	Non-public
Commission Sida Ouganda	Non-Réципиendaire	Secteur Public
Ministère de la Santé	SR – Sous-réципиendaire	Secteur Public
Ministère de la Santé	SR – Sous-réципиendaire	Secteur Public
Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique	PR - Principal recipient	Secteur Public
Ministère du Travail, Genre et Développement social	SR – Sous-réципиendaire	Secteur Public
Hôpital de Mulago	Non-Recipient	Non-public
Programme Santé Reproductive - Ouganda	SR – Sous-réципиendaire	Non-public
International AIDS Alliance-Uganda Alliance internationale Sida - Ouganda	Non-Recipient	Non-public
Program for Accessible Health, Communic & Educ	SR – Sous-réципиendaire	Non-public
Irish AID	Non-Réципиendaire	Non-public
Most At Risk Population Initiative(MARPI)	Non-Réципиendaire	Non-public
Health Initiatives for the Private Sector	Non-Réципиendaire	Non-public
UNICEF	Non-Réципиendaire	Non-public
Bureau Focal de Coordination pour le Fonds mondial	SR – Sous-réципиendaire	Secteur Public
Program for Accessible Health, Communication & Education	SR – Sous-réципиendaire	Non-public
Commission Sida Ouganda (Uganda AIDS Commission)	Non-Réципиendaire	Secteur Public

Ministère de la Santé	SR – Sous-réциpiendaire	Secteur Public
Commission Sida Ouganda	Non-Réциpiendaire	Secteur Public
Ministère du Travail, Genre et Développement social	SR – Sous-réциpiendaire	Secteur Public
Université Makerere	Non-Réциpiendaire	Non-public

Les Réциpiendaires Principaux

Depuis le début, le Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique a toujours été le seul Réциpiendaire Principal, avec le Ministère de la Santé comme agence d'implémentation. Mais, suite à une recommandation émise en 2008 par l'Inspecteur Général, un nouveau bureau, le « Bureau Focal de Coordination pour le Fonds Mondial » (BFC) a été établi en février 2011 au sein du Ministère de la Santé. Sa mission est « d'assurer un reportage exacte et de qualité dans les délais voulus aux partenaires du Fonds dans le pays et au Fonds Mondial lui-même » et « pour soutenir les fonctions du RP ». Au début, le BFC a rempli le rôle du secrétariat du MCP, mais depuis 2012 le nouveau secrétariat a repris ces fonctions.

Le personnel du BFC paraît relativement nombreux (voir Tableau 2 ci-dessous) mais en réalité, les chargés de suivi-évaluation et les chargés de programme travaillent au sein même des programmes VIH, TB et paludisme du Ministère. A ce propos, il est intéressant à constater qu'un certain nombre des personnes interviewées ont exprimé l'avis que ce bureau devrait en réalité être placé au sein du Ministère des Finances, le Réциpiendaire principal.

A partir de juillet 2010, le Secrétariat du Fonds Mondial a sélectionné le « AIDS Support Organisation » (TASO) comme sous-réциpiendaire dans le souci de bien encadrer le déboursement par la SC de la subvention VIH/Sida de la Phase 7. Ensuite, lors de la proposition pour la Phase 10, le MCP a nommé le TASO comme RP dès le début du processus, mais pour le VIH/Sida, demande qui a échoué. Enfin, en février 2012, le TASO a été nommé deuxième Réциpiendaire Principal pour le secteur non-gouvernemental. Cette organisation travaille depuis 25 ans dans le domaine de la prévention, des soins et du soutien aux personnes vivant avec le VIH. Au moment de sa nomination, le TASO a particulièrement souligné son attachement aux valeurs d'excellence, de transparence et d'intégrité et son souhait d'atteindre un excellent rapport qualité/prix, réflexion sans doute des difficultés qu'a connu le pays relatives à certaines subventions antérieures.

Le TASO a donc la responsabilité – à travers son Unité de Gestion des Subventions – de gérer des subventions respectivement de 20 614 350 dollars pour le paludisme, de US\$ 44,087,984 pour le VIH/Sida et de 9 681 757 dollars pour le renforcement du système de santé. La gestion des subventions est menée à bien par une équipe dédiée qui consiste en :

Tableau 2 : Personnel du BFC

N o	Nom	Fonction	% temps consacré au Fonds mondial	Localisation	Institution
1	Vacant	Coordinateur	90	BFC	Ministère de la santé (MS)
2	Dr. Jim Arinaitwe	Coordinateur adjoint	100	BFC	UAC
3	Dr. Vincent Bagambe	Assurance qualité	100	BFC	MS
4	Mr. Alex Gumisiriza	Gestion financière	100	BFC	MS
5	Dr. Hudson Baliddawa	Spécialiste Monitoring et évaluation (M&E)	100	BFC	MS
6	Dr. Henry Katamba	Spécialiste M&E	100	BFC	MS
7	Dr. Ebony Quinto	Spécialiste M&E	100	BFC	MS
8	Dr. Patrick Bukoma	Spécialiste M&E	100	BFC	MS
9	Mr. Mathias Kasule	Spécialiste M&E	100	BFC	MS
10	Ms Brenda Kasya	Gestionnaire programme	100	BFC	MS
11	Ms Lucy Baguma	Gestionnaire programme	100	BFC	MS
12	Ms Lydia Nakasumba	Gestionnaire programme	100	BFC	MS
13	Vacant	Comptable	100	BFC	MS
CONTREPARTIE					
1	Suzan Watera	Spécialiste des achats	20	Unité des achats (Procurement and Disposal Unit)	MS
2	Mr. Gideon Kisuule	Pharmacien	20	Pharmacie	Hôpital Butabika
3	Ms Brenda Nantumbwee	Economiste	20	Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique	Ministère des Finances, de la Planification et du Développement Economique

Un coordinateur principal et un coordinateur adjoint pour chaque programme : tuberculose, paludisme, VIH/Sida et Renforcement du système de santé (RSS). En outre, il y a des responsables du M&E, des finances, de l'approvisionnement et de l'audit interne. Le TASO a développé des relations de travail très constructives avec le LFA qui l'accompagne dans ses démarches administratives avec le Fonds.

Les subventions dont le TASO est responsable seront orientées vers 7 sous-récepteurs sélectionnés par le MCP et notamment: the Church of Uganda, Crane Health Services, KADO, PILGRIM, the Programme for Accessible Health, Communication & Education (PACE), the Uganda Health Marketing Group Ltd and Uganda Wildlife Authority/International Health Network.

Le représentant du TASO a réagi avec enthousiasme en ce qui concerne les changements récents introduits par le FM et notamment :

- à la définition d'une somme globale par pays
- à l'idée que la subvention devrait correspondre à la charge de la maladie et à la capacité du pays à payer
- à la demande que la proposition devrait désormais être basée sur la stratégie pays.

L'Agent local du Fonds

Depuis 2003, c'est Price WaterhouseCoopers (PWC) qui assure le rôle d'agent local du Fonds. Sa mission est de veiller sur la bonne utilisation des moyens et de tenir les équipes du FM pleinement informés des progrès voire des difficultés. En tant qu'Agent local du Fonds, il assure les fonctions suivantes :

- (1) analyser la capacité du Récepteur principal de mettre en œuvre la subvention, passant en revue les budgets et plans de travail proposés et soutenant le FM dans les négociations.
- (2) exercer une supervision indépendante de la performance du programme et de l'utilisation transparente des fonds.
- (3) évaluer chaque subvention vers la fin de la première phase (après 3 à 5 ans) pour aider le FM dans sa prise de décision sur la continuation ou non de la subvention.
- (4) aider le FM dans les procédures de clôture d'une subvention, le cas échéant.
- (5) soutenir le FM dans des activités ad hoc telle la conduite d'une investigation en cas de soupçon d'irrégularités financières.

Ainsi, tout le long du cycle, ils sont tenus à passer en revue la capacité des récepteurs et de recommander des stratégies, le cas échéant, pour résoudre les problèmes de gestion au quotidien. Ils pratiquent un suivi en continu pendant la mise en œuvre et vérifient toutes les procédures jusqu'à la clôture finale. Le « local fund agent » est ainsi en communication régulière avec les différents récepteurs, avec le Ministère de la Santé et plus particulièrement avec le bureau du « point focal coordination ».

Ces dernières années ont vu une évolution dans la gestion du risque qui était, à une époque, générique. Aujourd'hui le système a été formalisé, les procédures étant désormais étroitement liées au risque spécifique du pays.

Puisque PWC assure cette fonction dès le début, son rôle a quelque peu évolué avec le temps. Si le personnel reste très conscient de son lien étroit avec le siège du Fonds et des

responsabilités qui en découlent, il a aujourd'hui une capacité beaucoup plus grande d'aide et de soutien aux RP en ce qui concerne les aspects procéduraux.

Les liens avec les structures onusiennes et d'autres partenaires

Il est important de noter que deux institutions onusiennes ont fourni une aide technique précieuse à la mise en œuvre des subventions du Fonds Mondial en Ouganda. Il s'agit (1) du Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida qui a établi une base de données sur la formation mais qui a octroyé aussi une aide technique (2) de l'OMS qui a aidé le MCP dans la gestion des données pour les rendre cohérentes et exploitables. L'OMS a fourni également une aide technique dans les domaines de la tuberculose, du paludisme et du VIH et relative au renforcement des systèmes de santé. Enfin, l'OMS a été très présente lors de la rédaction des différents rapports. Les deux organisations ont participé également, avec le Grant management support (GMS), au renforcement des capacités du nouveau secrétariat du MCP.

Ces deux organisations ont réagi rapidement et de manière très favorable à une demande d'aide de la part du MCP. Elles ont recouru la plupart du temps à une expertise ougandaise, ce qui – dans ces cas spécifiques – a été très utile.

Les organisations en question ont fait état, discrètement, de leurs difficultés financières. Ils ont pleinement la capacité de fournir une aide précieuse dans un contexte où le développement des capacités s'avère très important. Toutefois leurs ressources sont aujourd'hui très limitées, du fait de la crise financière et un soutien financier pour ce travail de la part du Fonds Mondial serait apprécié, sous une forme à déterminer.

Parmi les autres organisations qui ont apporté un soutien au MCP en Ouganda, on peut évoquer : l'Agence danoise pour le développement international (DANIDA), l'Irish Aid (coopération irlandaise), le PEPFAR, l'Agence américaine pour le développement (USAID), l'Initiative du Président américain contre le paludisme (PMI), l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), le ministère britannique du Développement international (DFID).

Conclusions et recommandations

Conclusions

(1) Le retard dans l'octroi des subventions pendant les premières phases de fonctionnement du Fonds – et la nécessité de dépenser au plus vite des sommes faramineuses – semble avoir favorisé le développement d'un environnement où la rigueur était laissée pour compte et les procédures normales étaient court-circuitées. Le fait que les subventions ne pouvaient être renouvelées que si les pays récipiendaires faisaient preuve de progrès dans la distribution de l'argent a créé une pression énorme.

(2) La suspension des accords en 2005 a produit une réaction en termes de prudence et d'aversion au risque qui a sans doute eu un effet négatif en ce qui concerne le taux de mise en œuvre.

(3) Les performances en Ouganda ont été généralement médiocres. Un pourcentage assez bas des subventions accordées a été dépensé et les notes reçues lors des évaluations ont été peu satisfaisantes.

(4) Si, auparavant, il y avait des retards considérables au sein du système national d'approvisionnement, depuis la décision de confier la fonction d'approvisionnement au VPP,

les médicaments arrivent rapidement selon les quantités définies dans le plan d'approvisionnement. Toutefois d'autres problèmes sont à constater, notamment en termes de stockage et par rapport à la capacité du système gouvernemental à effectuer rapidement la distribution.

(5) La réforme du MCP en a augmenté l'efficacité et en même temps, a amené un rééquilibrage en termes du poids relatif du gouvernement et de la société civile au sein de cette structure. Ces dernières années les représentants de la société civile ont été plus actifs et plus ciblés dans leur approche. Toutefois, ils souffrent souvent d'un manque de ressources et la plupart du temps, ils n'ont pas accès aux informations nécessaires pour leur permettre de faire une contribution substantielle et réelle aux discussions. Ils n'ont pas, par exemple, une très bonne connaissance des procédures budgétaires et financières gouvernementales. En dépit de l'existence d'un budget pour le renforcement du MCP, les membres de la société civile n'en ont pas beaucoup bénéficié de formations appropriés.

(6) La création d'un secrétariat indépendant de quatre personnes, hébergé au sein de la Commission Nationale Sida a été chaleureusement accueilli surtout du côté de la société civile. En parallèle, le développement d'un plan stratégique visant à améliorer les structures, l'organisation et la gestion du MCP y compris la gestion des subventions est un progrès notable.

(7) Des questions se posent sur la localisation du BFC et notamment sur la possibilité de l'implanter au sein du Ministère des Finances, le Récipiendaire principal.

(8) La nomination du TASO en février 2012 comme deuxième Récipiendaire Principal pour le secteur non-gouvernemental a été chaleureusement accueilli, notamment par les représentants de la société civile.

(9) Le rôle du LFA a évolué dans un sens très positif avec le passage du temps et une expérience grandissante. S'ils restent très conscients de leur lien étroit avec le siège du Fonds et des responsabilités qui en découlent, ils ont aujourd'hui une capacité beaucoup plus grande d'aide et de soutien aux RP en ce qui concerne les aspects procéduraux.

(10) Les organisations onusiennes, qui ont joué un rôle important dans l'accompagnement du Fonds et par rapport au développement des capacités des différents acteurs, font état, discrètement, de leur manque de ressources, aujourd'hui, très limitées du fait de la crise financière.

Recommandations

(1) Le Fonds Mondial est désormais en train de mettre en place de nouveaux systèmes pour accélérer la mise à disposition des subventions. Cet effort est à saluer car il est très important pour le bon déroulement des actions sur le terrain mais également pour favoriser la transparence.

(2) Les performances en Ouganda étant depuis toujours médiocres, une analyse détaillée a été faite pour établir les causes précises de ce problème récurrent. Un manque de capacité en est sans doute partiellement responsable mais un leadership proactif, le souhait d'améliorer les performances, une coordination efficace et la mise en œuvre de contrôles internes sont autant d'éléments qui font défaut. Il sera sans doute utile de mener une réflexion avec les autorités ougandaises autour de ces thèmes.

(3) La mise en place d'un système d'approvisionnement à travers le VPP a mis en évidence des dysfonctionnements au sein du système national, désormais responsable uniquement

pour le stockage et la distribution des produits. Une analyse des problèmes et une assistance technique pour former et accompagner les cadres de ce service serait très utile.

(4) Dans le cadre de la réforme du MCP, la possibilité existe pour la société civile de jouer un rôle plus important dans les actions du Fonds. Toutefois, les représentants de la société civile ont besoin d'une augmentation de leurs capacités et, étant donné que des budgets sont disponibles à cette fin, l'organisation de formations appropriées devrait être une priorité.

(5) La possibilité de soutenir les représentants de la société civile dans le domaine logistique (transport, bureau, informatique, communications) devrait être examinée.

(6) La création d'un secrétariat indépendant pour le MCP est une avancée très importante mais l'équipe est encore relativement nouvelle et pourrait bénéficier de formations complémentaires.

(7) L'intérêt de relocaliser le BFC au sein du Ministère des Finances, le Récipiendaire principal, devrait être examiné.

(8) La situation des organisations bi- et multilatérales, qui ont joué un rôle important dans l'accompagnement du Fonds sur le terrain, devrait être examinée pour voir s'il est possible de les compenser pour certains aspects de ce travail.

ANNEXE 5 : MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

ORGANISMES	STATUT	PERSONNES RESSOURCES	FONCTION
Présidence du Comité de pilotage			
ANRS	Président du comité de pilotage	Jean-François DELFRAISSY	Directeur
Ministère des Affaires étrangères			
DGM/DBM/SAH	Membre	Philippe MEUNIER	Directeur
DGM/DBM/SAH	Membre	Emmanuel LEBRUN-DAMIENS	Chef du pôle santé
DGM/DPR/EVA	Membre	Christiane ZEPTER	Chef du pôle évaluation
DGM/DPR/EVA	Membre	Marie-Laure CUSTOS	Pôle évaluation
Ministère de l'Economie et des finances			
DGT/MULTIFIN	Membre	Cosimo WINCKLER	Adjoint chef de bureau aide au développement-Multilatérale
Ministère des affaires sociales et de la santé			
MAS / DAEI	Membre	Rachel BATADISSA	Délégation affaires européennes et internationales
MAS / DAEI	Membre	Cyril COSME	Délégué affaires européennes et internationales
Ministère enseignement supérieur et recherche			
MESR	Membre	Catherine CHAPEL	Section biologie-santé
Ministère des outre-mer			
DEGEOM	Membre	Benoît LAJUDIE	Responsable évaluation
Assemblée nationale			
AN	Membre	Jean-Louis TOURAINE	Député du Rhône
AN	Membre	Ségolène NEUVILLE	Député des Pyrénées orientales
Sénat			
SEN	Membre	Annie DAVID	Présidente de la Commission des affaires sociales
Fonds mondial			
FM	Membre	Stefan EMBLAD	Chef service relations avec donateurs
FM	Membre	Nelly COMON	service des relations avec les donateurs
FEI			

FEI	Membre	Robert HANSKENS	Conseiller pour la santé
ANRS			
ANRS	Observateur	Anna-Laura ROSS	Responsable affaires internationales et scientifiques
Agence française de développement			
AFD	Membre	Catherine BONNAUD	Chef de la division santé et protection sociale (SAN)
GIP Esther			
GIP ESTHER	Membre	Farid LAMARA	Chargé des relations internationales et institutionnelles
Société civile			
AVOCATS POUR LA SANTE DANS LE MONDE	Membre	Patrick BERTRAND	Coordinateur
SIDACTION	Membre	Eric FLEUTELOT	Directeur général adjoint international et porte-parole