

**Rapport consultatif**

# Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC)

Surmonter les obstacles et améliorer les résultats dans une région difficile

GF-OIG-19-013  
Mai 2019  
Genève, Suisse

 **Le Fonds mondial**  
Bureau de l'Inspecteur général

# Table des matières

## 1. Résumé

PAGES 3 à 8

## 2. Objectifs et méthodologie

PAGES 9 à 10

## 3. Une région difficile

PAGES 12 à 18



3.1. FAIBLE MARGE BUDGÉTAIRE



3.2. FAIBLE FINANCEMENT DE LA SANTÉ



3.3. DÉFICITS DE FINANCEMENT IMPORTANTS



3.4. FAIBLES SYSTÈMES DE SANTÉ



3.5. ENVIRONNEMENT FRAGILE

## 4. Investissements du Fonds mondial

PAGES 20 à 24



4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES



4.2. CAPITAL HUMAIN



4.3. INITIATIVES STRATÉGIQUES

## 5. Résultats

PAGES 26 à 41



5.1. PALUDISME



5.2. VIH



5.3. TUBERCULOSE

## 6. Domaines clés

PAGES 43 à 88



6.1. PROCÉDURES DU FONDS MONDIAL



6.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE



6.3. APPUI TECHNIQUE ET SYSTÈMES RESISTANTS ET PÉRENNES POUR LA SANTÉ (SRPS)



6.4. ACCÈS À LA SANTÉ



6.5. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS CLÉS DU RAPPORT CONSULTATIF

# 1. Résumé

## Contexte

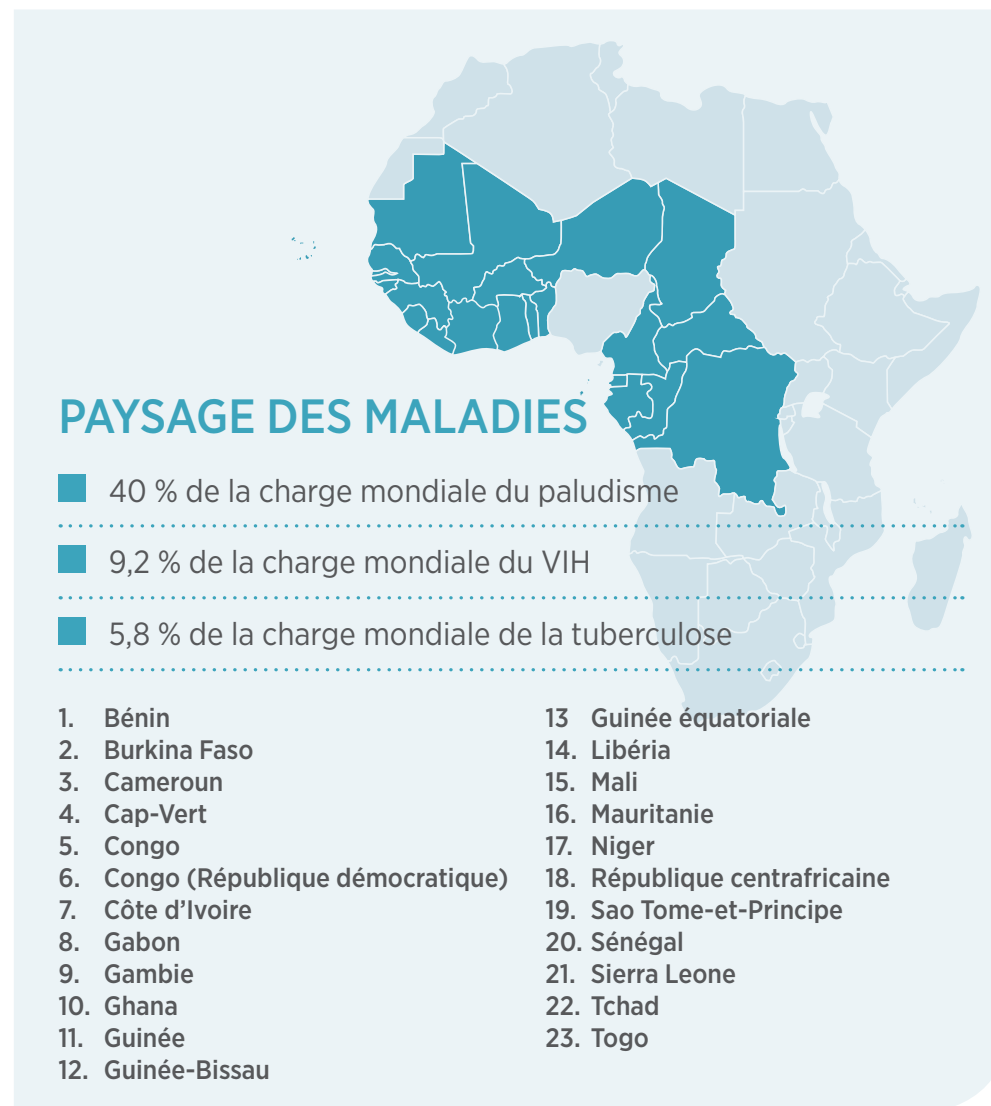
### 70% des pays de la région affichent continuellement un faible taux d'utilisation des fonds.

En mai 2018, le Département de la gestion financière des programmes a évalué les taux d'absorption sur l'ensemble du portefeuille de subventions du Fonds mondial. Cette évaluation met en valeur la peine qu'ont les pays de l'Afrique occidentale et centrale à atteindre le taux d'absorption de 90 % visé par l'indicateur clé de performance. Certains pays s'en approchent, mais la plupart en restent très éloignés :

- onze pays enregistrent un taux compris entre 70 % et 90 %, et
- six pays sont en deçà de 70 % (Mali, Tchad, Libéria, Congo, Mauritanie et Gabon).

L'évaluation suggère des opportunités potentielles d'amélioration des résultats des portefeuilles et, indirectement du taux d'absorption des fonds dans les pays de la région Afrique occidentale et centrale. Elle souligne également que certaines des raisons de ce faible taux d'absorption sont en partie spécifiques à la région et insuffisamment comprises pour permettre l'établissement de solutions efficaces.

À la demande du Directeur exécutif, le Bureau de l'Inspecteur général a mené un examen consultatif afin d'approfondir l'analyse des obstacles clés à la mise en œuvre et des facteurs contribuant à la réussite des programmes dans la région, avec une optique élargie au-delà de la gestion financière.



Le Nigéria est exclu du présent rapport consultatif en raison du contexte unique et des difficultés spécifiques au pays, et des importantes transformations en cours.  
Le Fonds mondial ne possède actuellement aucun investissement en Guinée équatoriale.

# 1. Résumé

## Résultats satisfaisants dans une région difficile

### L'Afrique occidentale et centrale est une région difficile

La mise en œuvre des subventions et l'optimisation des résultats du portefeuille se heurtent à plusieurs obstacles inhérents à cette région du monde.

- **Fragilité et instabilité importantes** : 18 pays ont traversé des crises majeures au cours de la dernière décennie. En Afrique occidentale, l'épidémie d'Ébola a tué plus de 11 000 personnes et a fortement affaibli le secteur de la santé.
- **Systèmes de santé peu développés** : les ressources humaines pour la santé sont trois fois inférieures à celles observées dans le reste de l'Afrique.
- **Faible marge budgétaire** : le PIB est 6,5 fois inférieur à celui du reste de l'Afrique. Cinq pays ont essuyé de graves récessions économiques au cours des cinq dernières années. Treize pays ont enregistré des baisses des dépenses publiques réelles.
- **Faible financement de la santé** : les dépenses publiques de santé par habitant sont trois fois inférieures à celles des autres régions du continent. Les dépenses de santé à la charge des patients sont proportionnellement 36 % plus élevées que dans le reste de l'Afrique.
- **Déficit de financement** : la région enregistre un déficit de financement global de 50 % pour les trois maladies. Le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds dans la région. Il finance 55 % des initiatives de lutte contre la tuberculose, 45 % des programmes liés au paludisme et 32 % de la riposte au VIH.

### Investissements du Fonds mondial

- **Financiers** : depuis 2002, le Fonds mondial a investi 6,9 milliards de dollars US en Afrique occidentale et centrale pour lutter contre les trois maladies (18 % de ses investissements au total). 53% de cette somme a été allouée au paludisme en raison de la part importante de la région dans la morbidité à l'échelle mondiale, qui est de 40%. Depuis 2014, 1,2 milliard de dollars US ont été investis dans le renforcement des systèmes de santé.
- **Ressources humaines** : le Fonds mondial compte 85 Equivalents Temps Plein (ETP) pour la région (cinq ETP pour 100 millions de dollars US investis, contre deux ETP pour 100 millions de dollars US dans le reste de l'Afrique). Seize pays de la région possèdent un gestionnaire de portefeuille dédié du Fonds mondial.
- **Initiatives stratégiques** : depuis 2014, le Fonds mondial a mené plusieurs initiatives visant à améliorer la mise en œuvre des subventions, notamment des projets de gestion financière, de suivi et évaluation, de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de protection des droits humains.

### Résultats face aux trois maladies



#### Réduction de 31 % du nombre de décès liés au paludisme entre 2010 et 2016

L'incidence palustre a également reculé de 23 % ; la prise en charge des cas en 2017 atteignait 87 % des objectifs ; et la couverture en moustiquaires s'élevait à 72 % en 2016, protégeant 215 millions de personnes.



#### Réduction de 27 % du nombre de décès liés au sida entre 2010 et 2017

Le nombre de nouvelles infections par le VIH a chuté de 12 % entre 2010 et 2017. Même si la région est devancée par le reste de l'Afrique pour tous les objectifs liés au continuum de soins du VIH (90-90-90), des améliorations sensibles sont enregistrées depuis 2015. La couverture en traitements antirétroviraux a augmenté de 29,2 % entre 2010 et 2017.



#### Hausse de 5 % du nombre de décès liés à la tuberculose entre 2010 et 2016

La région accuse un retard important en matière de lutte contre la tuberculose. Sa contribution aux décès liés à la tuberculose dans le monde est passée de 7 % en 2010 à 9 % en 2016. Le taux d'incidence de la tuberculose a augmenté de 10 % et le nombre de cas manquants s'est accru de 8 % depuis 2010, représentant 48 % du nombre total de cas dans la région selon les estimations.

De multiples facteurs influent sur les résultats des programmes du Fonds mondial. Certains échappent au contrôle du Fonds (fragilité et instabilité des pays, gouvernance et leadership des appareils d'État), d'autres relèvent de ses compétences (procédures internes du Fonds mondial), d'autres encore sont à cheval entre les deux (coordination des partenaires et des donateurs, renforcement des systèmes de santé et modalités de mise en œuvre). Le présent examen consultatif s'intéresse aux domaines relevant du contrôle partiel ou total du Fonds mondial.

# 1. Résumé

## Procédures du Fonds mondial



### DIFFICULTÉS

L'efficacité de la mise en œuvre des programmes relève d'un équilibre délicat entre l'application de mesures d'atténuation des risques et l'établissement de procédures simples et souples pouvant être adaptées au contexte de chaque pays. Plusieurs obstacles affectent les résultats du Fonds mondial dans la région de l'Afrique occidentale et centrale :

- La **politique relative aux contextes d'intervention difficiles n'est pas appliquée efficacement**. Les politiques et procédures types du Fonds mondial régissent encore largement le mode de gestion des subventions.
- Les mesures de sauvegarde supplémentaire ont entraîné un **déséquilibre entre les mesures d'atténuation des risques fiduciaires et financiers et la mise en œuvre des subventions** : i) rôle contradictoire de l'agent financier ; ii) politique de trésorerie zéro non différenciée ; et iii) manque d'évaluations régulières et de plans de sortie.
- L'**absence de démarche régionale en matière de gestion des subventions** limite la capacité du Fonds à prendre part aux examens/initiatives régionaux externes et à en tirer parti, et à partager en interne sa connaissance de la région.
- L'**insuffisance de données détaillées fournies par les fonctions internes d'appui** (Département des conseils techniques et des partenariats, SRPS, Département chargé des questions liées aux communautés, aux droits et au genre, etc.) nuit à la prise de décisions au niveau régional.



### RECOMMANDATIONS

**Simplifier les interventions dans les contextes d'intervention difficiles, définir des souplesses éventuelles dans la mise en œuvre et garantir un équilibre approprié entre les mesures de sauvegarde financière et la mise en œuvre des activités.**

- Identifier un ensemble de priorités **stratégiques clés pour les contextes d'intervention difficiles** en Afrique occidentale et centrale sur lesquelles se concentrer.
- **Appliquer les souplesses** accordées aux contextes d'intervention difficiles en Afrique occidentale et centrale.
- **Mener une évaluation de référence** pour chaque pays de la région visé par la politique de sauvegarde supplémentaire.
- Appliquer une **démarche différenciée** de mise en œuvre de la politique de trésorerie zéro/restreinte/limitée.
- **Centrer les activités de l'Agent Financier sur les contrôles et transférer la fonction de renforcement des capacités** à des prestataires d'appui technique à long terme.

**Adopter une démarche régionale de gestion des subventions ; confier aux fonctions d'appui la charge de fournir des données pertinentes et des stratégies thématiques à la Division de la gestion des subventions ; et nommer un agent d'appui technique à long terme dans les pays afin d'améliorer le suivi sur le terrain et la coordination des bailleurs de fonds.** Le Secrétariat pourrait améliorer la cohérence régionale, en organisant les départements de la Division de la gestion des subventions selon les portefeuilles régionaux pertinents, pouvant inclure un mélange de portefeuilles à fort impact (« high impact », essentiels (« core ») et centrés (« focused »), ou au moyen des mesures ci-après :

- **désignation de points focaux pour tous les partenaires et les initiatives** clés afin de garantir une valorisation plus structurée des partenariats et initiatives régionaux ;
- **établissement de démarches visant à combler les besoins programmatiques régionaux**, notamment une démarche sous-régionale le cas échéant, par exemple afin d'obtenir un meilleur impact sur le paludisme dans les cinq pays du Sahel ; et
- **amélioration du partage des connaissances**, tant en matière de gestion des subventions que de mise en œuvre des activités.

# 1. Résumé

## Modalités de mise en œuvre



Plusieurs modalités de mise en œuvre différentes sont utilisées en Afrique occidentale et centrale, ce qui présente trois grandes difficultés :

- La mise en œuvre au **niveau central** par des bénéficiaires principaux **peu habilités à fournir des services de santé** et sans relation hiérarchique, fonctionnelle ou financière avec les entités chargées de la prestation de services.
- Les maîtres d'œuvre du Fonds mondial (les programmes nationaux et les Conseils nationaux de lutte contre le sida) ne sont pas mandatés pour mettre en œuvre les services de soins de santé. Ils sont chargés d'établir les politiques, d'adopter les directives mondiales en matière de traitement, du suivi et de l'évaluation, de la supervision des programmes, de la formation et de la coordination globale des activités programmatiques.
- **La mise en œuvre verticale** et le manque d'intégration entre les trois maladies **ne favorisent pas l'efficacité au niveau central et alourdissent encore la charge de travail des prestataires de services** en bout de chaîne.

Les modalités cloisonnées de gestion des trois maladies au niveau central alourdissent la charge de travail des prestataires de services aux niveaux régional, des districts et des centres de santé, en raison des demandes non coordonnées de données financières et de rapports financiers, et des multiples activités de supervision, notamment de suivi et d'évaluation.

- **Les ONG internationales et les organismes des Nations Unies peuvent combler des déficits importants** et possèdent une solide expérience en matière de prestation de services ciblés, notamment de déploiement d'activités auprès des populations-clés et des communautés, de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de campagnes de distribution de moustiquaires. Quand ces entités sont **nommées bénéficiaires principaux à des fins de gestion** financière, mais n'exercent aucune activité de mise en œuvre, les subventions dont elles ont la charge reçoivent généralement une note de performance similaire à celle obtenue par les bénéficiaires principaux gouvernementaux (ministère de la Santé). Cependant, **à niveau de résultats équivalent, les ONG internationales sont généralement plus onéreuses**, leurs frais de gestion étant nettement plus élevés que ceux des bénéficiaires principaux gouvernementaux.



**Intégrer une mise en œuvre décentralisée par l'entremise d'entités chargées de la prestation de services. Nonobstant les capacités limitées et les risques financiers et fiduciaires élevés dans de nombreux pays de la région, il est encore possible de tirer parti des opportunités ci-après :**

- **Intégration des programmes liés aux trois maladies au niveau central par la création d'une structure** regroupant les fonctions d'appui clés : finances, suivi et évaluation, gestion des achats et des stocks, administration, etc.
- Maintien du rôle central du ministère de la Santé dans la mise en œuvre et renforcement de la responsabilité en bout de chaîne au moyen de **contrats tripartites** entre l'unité de gestion de programme, la Direction générale de la santé et les Directions régionales de la santé chargées de la prestation de services au niveau régional.
- **Mieux optimiser les mandats et compétences essentielles des différents types de maîtres d'œuvre**, afin d'équilibrer les besoins programmatiques au regard des responsabilités fiduciaires :
  - i) continuer de confier le rôle de sous-bénéficiaire aux programmes nationaux et aux Conseils nationaux de lutte contre le sida, afin d'établir les politiques, les plaidoyers et la coordination des activités conformément à leurs mandats ;
  - ii) lorsque les capacités des pays sont limitées ou que les risques financiers et fiduciaires restent élevés, confier à titre de solution provisoire le rôle de bénéficiaire principal à des ONG internationales sans les charger de la mise en œuvre des activités, et s'assurer que des **plans de renforcement des capacités spécifiques**, soumis à des échéances, visent les entités nationales ; et
  - iii) **exploiter le mandat de prestation de services des ONG internationales** selon leurs compétences spécifiques, afin de combler des lacunes stratégiques, par exemple au niveau de la distribution de moustiquaires à grande échelle, des services en faveur des populations-clés, des systèmes de santé communautaires et de la chaîne d'approvisionnement.

# 1. Résumé

## Accès aux services de santé



### DIFFICULTÉS

La région enregistre un taux d'incidence du VIH inférieur à celui du reste de l'Afrique. Pour autant, elle enregistre des améliorations moins importantes au regard des cibles 90-90-90. Le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont accès aux traitements est moindre et la mortalité est supérieure. Le nombre de cas manquants de tuberculose manquant et de décès augmente. Les obstacles à l'accès aux services de santé expliquent en partie les faibles résultats liés au VIH et à la tuberculose.

- **Obstacles financiers** : les politiques de gratuité varient selon les pays, avec **un reste à charge parfois important pour les patients**. Dans un environnement sous-financé, les agents de santé sont sous-payés, voire pas du tout.
- **Obstacles géographiques** : la population est essentiellement rurale et les infrastructures de santé et les ressources humaines sont limitées. Les activités communautaires sont cloisonnées (tuberculose, paludisme, etc.) et ne sont pas intégrées.
- **Obstacles sociaux** : la stigmatisation et la discrimination sont fortes ; des lois pénalisent la transmission du VIH dans 19 pays de la région. La société civile est moins mature et organisée que dans le reste de l'Afrique.



### RECOMMANDATIONS

- Adopter une démarche **plus prescriptive/stratégique en matière d'exigences de cofinancement**, afin de garantir un équilibre adéquat entre la pérennité financière des systèmes de santé et la gratuité des services pour les patients.
- **Allouer le financement de contrepartie au financement des effectifs de santé et au soutien de la gratuité des soins dans les établissements de santé.**
- **Renforcer le mécanisme de contrôle de l'utilisation des financements des contreparties**, afin de garantir la visibilité sur l'utilisation des fonds.
- **Intégrer les activités communautaires liées aux trois maladies, afin de garantir la définition d'une gamme commune de services** (prise en charge des cas de paludisme, détection active des cas de tuberculose et recherche des patients perdus de vue, etc.).
- À partir des **revues thématiques sur les frais de santé pour les patients** en cours dans plusieurs pays, **établir une démarche** organisationnelle en la matière **et la déployer** pays par pays, en collaboration avec les partenaires.

# 1. Résumé

## Appui technique



### DIFFICULTÉS

Le Fonds mondial apporte environ 10 millions de dollars US annuellement à des fins d'appui technique dans la région, et plusieurs partenaires fournissent un appui technique en soutien aux programmes de lutte contre les maladies et aux investissements transversaux liés à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS). Certains donateurs bilatéraux interviennent ainsi au titre de leurs promesses de contributions à la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial. C'est notamment le cas de la France à travers son Initiative 5 %, et de l'Allemagne à travers l'initiative BACKUP Health. De par leur nature, ces contributions sont difficiles à gérer pour le Fonds mondial, qui exerce peu de contrôle et d'influence pour mettre ces appuis techniques au service des programmes dans les pays. Aussi, les systèmes nationaux chargés de gérer la coordination et l'évaluation sont souvent faibles. Les principales difficultés en matière d'appui technique sont présentées ci-après :

- **manque de coordination de l'appui technique entre les partenaires clés** dans les pays (Expertise France, GIZ Backup et le Fonds mondial) afin de garantir un appui ciblé et taillé sur mesure ;
- **modèle de fonctionnement d'Expertise France** : une composante importante repose sur les demandes sur les demandes ad hoc des pays ;
- **appui technique financé par le Fonds mondial** fourni sans évaluation des besoins, non spécifique et non contrôlé régulièrement au regard d'indicateurs clés de résultats ; et
- **manque d'outils de coordination et de mise en œuvre efficaces** dans les pays, limitant l'efficacité des investissements SRPS.



### RECOMMANDATIONS

- Mener une **évaluation globale des besoins en appui technique** aux fins d'éclairer la démarche et les interventions y afférentes à court et moyen termes (cycle des subventions) et à long terme (cycle de la stratégie).
- Dialoguer avec les pays et les partenaires (France, GIZ, ONUSIDA, OMS, etc.) et **désigner un organisme chargé de coordonner et diriger l'appui technique programmatique conjoint.**
- **Établir des accords-cadres d'appui technique** avec les partenaires pourvoyeurs ou bailleurs d'assistance technique dans la région, en vue de donner la priorité à un appui à long terme, propre à renforcer les capacités, plutôt qu'à des interventions ad hoc répondant à des besoins à court terme.
- **Établir des mandats clairs orientant chaque intervention d'appui technique**, comprenant des objectifs spécifiques, des jalons définis, des indicateurs clés de résultats visant à suivre les progrès, et une procédure d'évaluation annuelle.



## 2. Objectifs et méthodologie

### Conseiller le Fonds mondial pour la mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale

Conseiller le Secrétariat en vue de l'identification et l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial en Afrique occidentale et centrale. À ces fins, les principaux domaines ci-après ont été analysés :

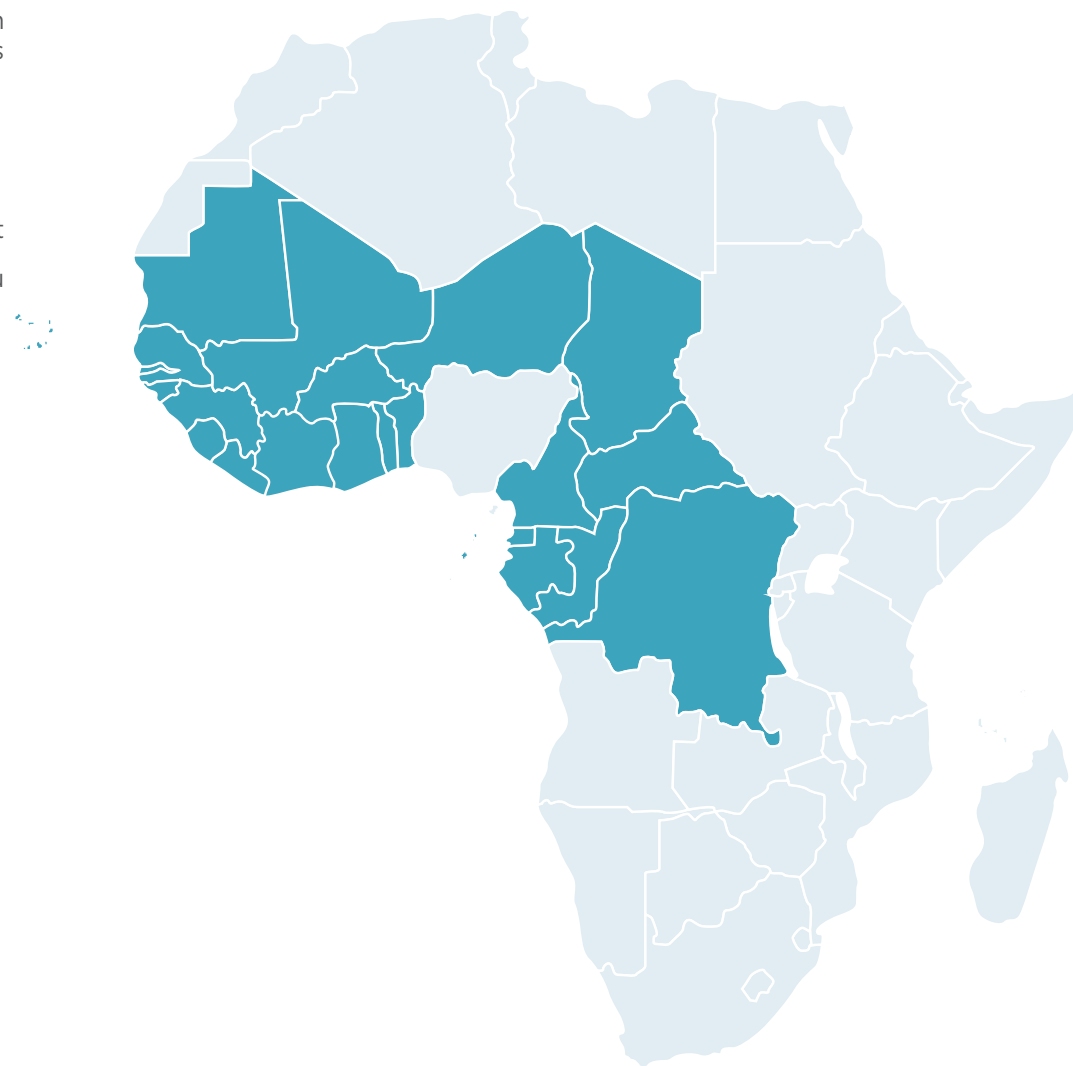
- l'efficacité actuelle des programmes du Fonds mondial en Afrique occidentale et centrale ;
- les facteurs clés de réussite et les enseignements des programmes performants ;
- les causes profondes des difficultés et obstacles liés à la mise en œuvre des programmes ; et
- les opportunités potentielles d'amélioration des résultats actuels des investissements du Fonds dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale.

Les pays visés sont les suivants<sup>1</sup> :

- |                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Bénin                           | 14. Libéria                   |
| 2. Burkina Faso                    | 15. Mali                      |
| 3. Cameroun                        | 16. Mauritanie                |
| 4. Cap-Vert                        | 17. Niger                     |
| 5. Congo                           | 18. République centrafricaine |
| 6. Congo (République démocratique) | 19. Sao Tome-et-Principe      |
| 7. Côte d'Ivoire                   | 20. Sénégal                   |
| 8. Gabon                           | 21. Sierra Leone              |
| 9. Gambie                          | 22. Tchad                     |
| 10. Ghana                          | 23. Togo                      |
| 11. Guinée                         |                               |
| 12. Guinée-Bissau                  |                               |
| 13. Guinée équatoriale             |                               |

<sup>1</sup> Le Nigéria est exclu du présent rapport consultatif en raison du contexte unique et des difficultés spécifiques au pays, et des importantes transformations en cours.

Le Fonds mondial ne possède actuellement aucun investissement en Guinée équatoriale.



## 2. Objectifs et méthodologie

### Conseiller le Fonds mondial sur la mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale

#### Objectifs et méthodologie

##### ANALYSE QUANTITATIVE



- Données démographiques nationales et régionales
- Maladies et sommes allouées
- Macroéconomie
- Paysage du financement de la santé
- Données SRPS
- Données sur les résultats

##### ANALYSE QUALITATIVE



- Rapports d'audit et rapports d'enquête du BIG
- Rapports sur les risques
- Rapports des partenaires
- Politiques et procédures du Fonds mondial
- Rapports du Comité technique d'examen des propositions
- Rapports du Groupe technique de référence en évaluation



##### 12 PAYS VISITÉS

Pays	Audit de pays du BIG 2018	Visites dans le pays
Burkina Faso		●
Sénégal		●
Mali		●
Niger	●	
République de Guinée		●
Bénin	●	
Mauritanie		●
Ghana	●	
Sierra Leone	●	
Libéria		●
Tchad	●	
République démocratique du Congo	●	

□ 6 audités en 2018 – Niger, Tchad, Bénin, Ghana, RDC, Sierra Leone

□ 6 ateliers spécifiques à la région – Mauritanie, Mali, Sénégal, Guinée, Burkina Faso, Libéria

□ 55 % des pays dans la région  
71 % des fonds alloués à la région  
74 % de la charge du paludisme  
100 % des pays du Sahel



##### CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES



###### SIÈGES

- Donateurs**
- France : Ministère des Affaires étrangères
  - France : Expertise France
  - France : Agence française de développement
  - Allemagne : GIZ

###### Nations Unies

- OMS

###### Société civile

- Catholic Relief Services
- Coalition Plus
- Croix-Rouge française
- Amis du Fonds mondial Europe
- Médecins Sans Frontières
- SOLTHIS

###### PAYS

- DFID
- Union européenne
- France, gouvernement
- IrishAid
- JICA
- USAID/PEPFAR

- ONUSIDA
- PNUD
- UNICEF

- Église catholique
- LIBNEP+
- LIPRIDE
- Église luthérienne

- OMS
- Banque mondiale

- Médecins Sans Frontières
- PHIL
- TNOL

# Table des matières

## 3. Région difficile

PAGES 12 à 18



3.1. FAIBLE MARGE BUDGÉTAIRE



3.2. FAIBLE FINANCEMENT DE LA SANTÉ



3.3. DÉFICITS DE FINANCEMENT IMPORTANTS



3.4. SYSTÈMES DE SANTÉ PEU DÉVELOPPÉS



3.5. ENVIRONNEMENT FRAGILE

## 4. Investissements du Fonds mondial

PAGES 20 à 24



4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES



4.2. CAPITAL HUMAIN



4.3. INITIATIVES STRATÉGIQUES

## 5. Résultats

PAGES 26 à 41



5.1. PALUDISME



5.2. VIH



5.3. TUBERCULOSE

## 6. Domaines clés

PAGES 43 à 88



6.1. PROCÉDURES DU FONDS MONDIAL



6.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE



6.3. APPUI TECHNIQUE ET SYSTÈMES RESISTANTS ET PÉRENNES POUR LA SANTÉ (SRPS)



6.4. ACCÈS À LA SANTÉ



6.5. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS CLÉS DU RAPPORT CONSULTATIF

# Charge de morbidité et autres données démographiques clés

Une région fortement touchée par le paludisme, concentrant 25 % de la population africaine

3. UNE RÉGION DIFFICILE

## VIH



9,2 %

DE LA CHARGE  
MONDIALE



14 %

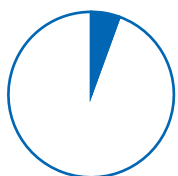
DES DÉCÈS DANS  
LE MONDE



9,2 %

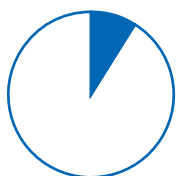
DES NOUVELLES  
INFECTIONS DANS  
LE MONDE

## Tuberculose



5,8 %

DE LA CHARGE  
MONDIALE



9 %

DES DÉCÈS DANS  
LE MONDE

## Paludisme



40 %

DE LA CHARGE  
MONDIALE



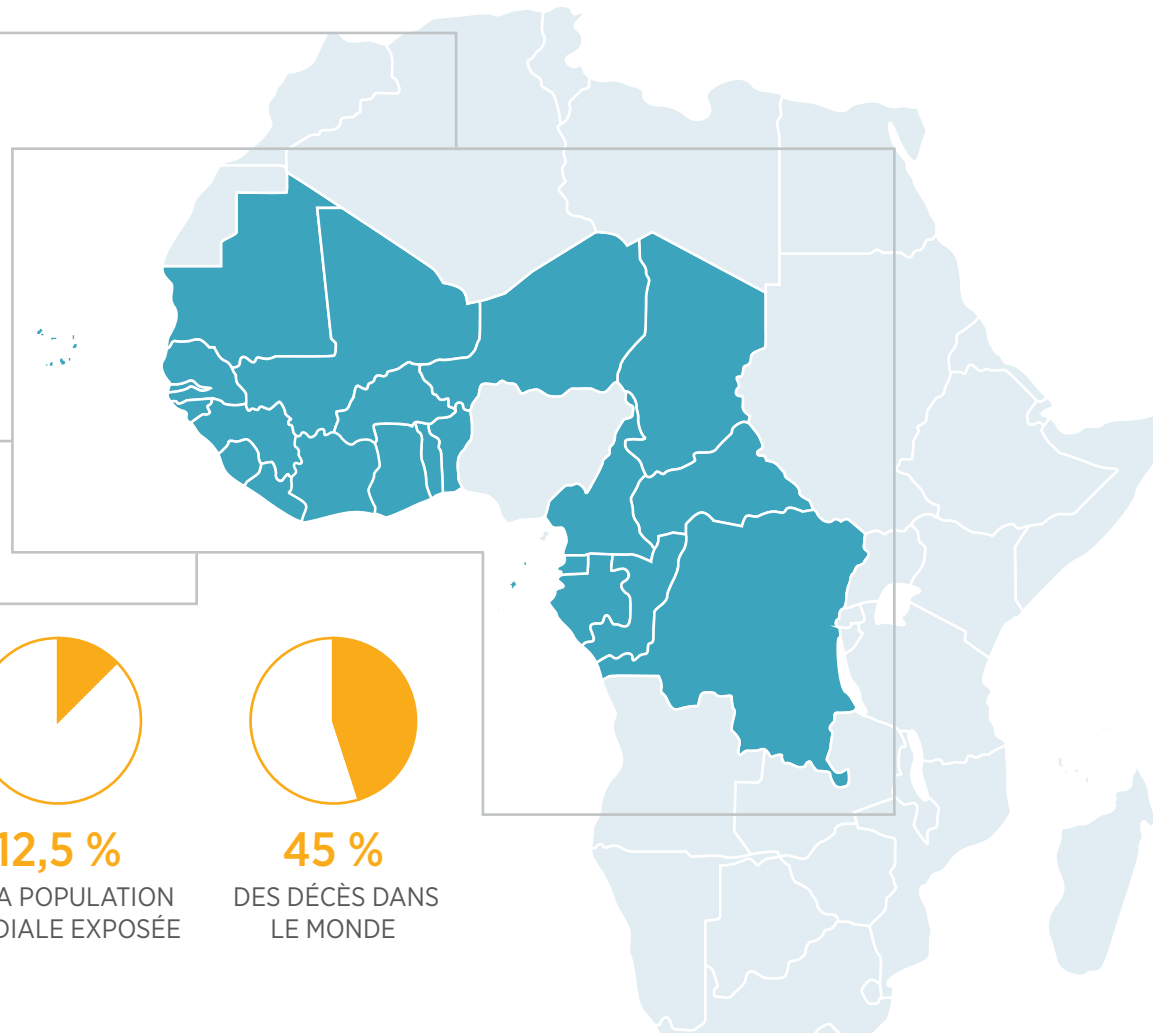
12,5 %

DE LA POPULATION  
MONDIALE EXPOSÉE



45 %

DES DÉCÈS DANS  
LE MONDE



## Données démographiques

- Population totale : 297,3 millions – 25 % de la population de l'Afrique.
- 44 % des habitants de la région ont moins de 15 ans (2015).
- Langues officielles dans la région :
  - 15 pays sont francophones
  - 4 pays sont anglophones
  - 4 pays sont lusophones

Sources : World Population Prospects: The 2017 Revision, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies  
Part de la charge de morbidité dans le portefeuille du Fonds mondial – actualisée au vu des données de 2017 publiées, Équipe chargée de l'allocation - Division de la stratégie, des investissements et de l'impact  
Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact liés au VIH au vu des données 2018 de l'ONUSIDA, Équipe chargée des informations stratégiques - Division de la stratégie, des investissements et de l'impact  
Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact liés à la tuberculose et au paludisme au vu des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée des informations stratégiques - Division de la stratégie, des investissements et de l'impact

# ↓ 3.1. Faible marge budgétaire

## Produit intérieur brut et dépenses publiques

### 3. UNE RÉGION DIFFICILE

#### ■ Produit intérieur brut absolu et par habitant

Globalement, le PIB total des pays de la région est 6,5 fois inférieur à celui des autres pays du continent africain (2017).

Le PIB moyen par habitant dans la région est également 33 % inférieur à celui du reste de l'Afrique (2017 – moyenne non pondérée).

Le contexte macroéconomique se reflète dans les financements nationaux pour les SRPS et dans la dotation en ressources médicales/cliniques qui profitent aux programmes du Fonds mondial. Il accroît également la pression exercée sur les financements extérieurs (notamment ceux du Fonds mondial) pour obtenir un impact dans la région.

Le PIB par habitant varie fortement selon les pays de la région. Ainsi, le PIB le plus élevé est plus de 32 fois supérieur au PIB le plus faible, et 13 des 23 pays sont classés dans les pays à revenu faible, avec un PIB par habitant inférieur à 1 000 dollars US.

#### ■ Dépenses gouvernementales

Compte tenu de l'inflation, plusieurs pays ont enregistré une baisse importante des dépenses publiques, et le déclin des dépenses publiques réelles devrait se poursuivre au cours du prochain cycle d'allocation dans neuf des vingt-trois pays de la région.

Cette tendance entraîne une baisse globale des dépenses publiques réelles qui touchent également les investissements liés à la fourniture de soins de santé et à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé, affectant les programmes du Fonds mondial dans ces pays.

**Le PIB par habitant en Afrique occidentale et centrale est 33 % inférieur à celui du reste de l'Afrique**

Pays	Catégorie de revenu (2017)	PIB par habitant	Hausse réelle des dépenses publiques		
			2012/2014	2015/2017	2018/2020
République centrafricaine	Faible	387	-18,6 %	8,5 %	10,6 %
Niger	Faible	440	26,5 %	-0,7 %	-2,3 %
Congo (République démocratique)	Faible	478	17,2 %	-7,5 %	-7,5 %
Gambie	Faible	480	6,4 %	10,5 %	12,9 %
Sierra Leone	Faible	491	6,1 %	6,4 %	6,8 %
Togo	Faible	611	8,9 %	-3,7 %	-4,2 %
Burkina Faso	Faible	664	6,4 %	14,1 %	12,6 %
Libéria	Faible	729	9,4 %	3,1 %	3,6 %
Guinée	Faible	749	12,8 %	0,0 %	-0,9 %
Guinée-Bissau	Faible	794	11,6 %	-3,4 %	2,7 %
Tchad	Faible	810	6,5 %	-14,3 %	-19,3 %
Mali	Faible	811	1,8 %	10,8 %	11,2 %
Bénin	Faible	830	4,9 %	12,1 %	9,0 %
Sénégal	RI-TI-bas	1 038	5,3 %	5,3 %	4,7 %
Mauritanie	RI-TI-bas	1 318	16,1 %	-0,9 %	-4,2 %
Cameroun	RI-TI-bas	1 401	9,2 %	1,7 %	0,8 %
Côte d'Ivoire	RI-TI-bas	1 617	14,7 %	12,2 %	12,6 %
Ghana	RI-TI-bas	1 663	10,4 %	-3,6 %	2,4 %
Sao Tome-et-Principe	RI-TI-bas	1 785	-12,8 %	7,0 %	8,0 %
Congo	RI-TI-haut	1 958	35,3 %	-20,0 %	-28,5 %
Cap-Vert	RI-TI-haut	3 238	-2,1 %	3,9 %	2,6 %
Gabon	RI-TS	7 972	8,2 %	-4,7 %	-8,5 %
Guinée équatoriale	RI-TS	12 727	6,3 %	-17,7 %	-27,5 %

Source : Tableau de bord des indicateurs macroéconomiques du financement de la santé, établi par le Fonds mondial à partir de la base de données sur les Perspectives de l'économie mondiale du FMI, Équipe chargée du financement de la santé - Division de la stratégie, des investissements et de l'impact  
RI-TI : Revenu Intermédiaire – Tranche Inférieure | RI-TS : Revenu Intermédiaire – Tranche Supérieure



## 3.2. Faible financement de la santé

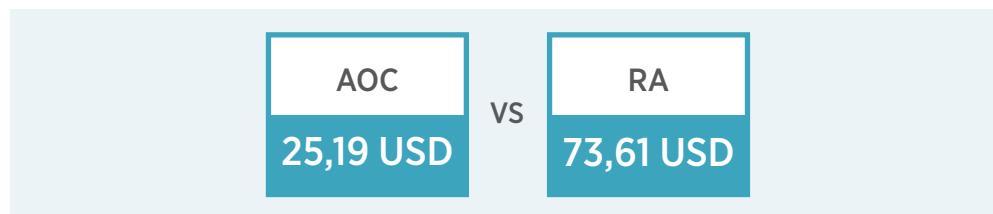
Les pays de la région allouent trois fois moins à la santé que le reste du continent

3. UNE RÉGION DIFFICILE

### ■ Dépenses publiques de santé moyennes

Lors de la Déclaration d'Abuja (avril 2001), les chefs d'États des pays de l'Union africaine présents se sont fixé pour objectif d'allouer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. En moyenne, les pays de la région Afrique occidentale et centrale y consacrent 5,34 % de leur budget (moyenne non pondérée), contre 7,55 % dans le reste de l'Afrique.

Par le passé, les dépenses publiques de santé par habitant ont toujours été inférieures (moyenne non pondérée) dans la région de l'Afrique occidentale et centrale que dans le reste du continent.



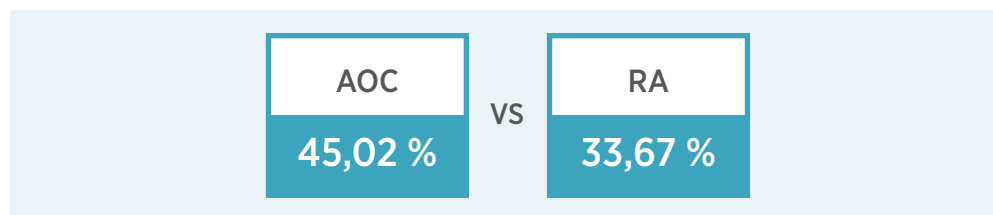
Cela signifie que par le passé, une personne résidant en Afrique occidentale et centrale recevait un tiers seulement du soutien financier des autorités publiques dont bénéficiait un résident africain extérieur à la région.

Cela limite les investissements dans les services de santé plus globalement et affaiblit l'impact des subventions du Fonds mondial qui s'appuient sur les infrastructures de santé dans les pays.

### ■ Dépenses moyennes à la charge des patients

En moyenne, 45,02 % des frais de santé restent à la charge des patients en Afrique occidentale et centrale, contre 33,67 % (moyenne non pondérée) dans le reste de l'Afrique. Cela signifie qu'en moyenne, un patient dépense près de 36 % de plus dans la région pour se faire soigner que dans le reste de l'Afrique.

NB : ces données englobent toutes les dépenses de santé, pas uniquement celles liées aux trois maladies, pour lesquelles aucune donnée ventilée n'est disponible.



Pays	Dépenses à la charge du patient en % des dépenses de santé actuelles (2010/2015)	Moyenne des dépenses de santé publiques par habitant (2010/2015) - USD
République démocratique du Congo	38,5	2,20
République centrafricaine	42,9	2,72
Guinée	60,9	3,48
Mali	57,6	5,73
Sierra Leone	53,6	6,35
Niger	56,9	6,38
Libéria	28,5	6,44
Bénin	42,1	8,05
Togo	57,4	8,91
Guinée-Bissau	44,8	9,05
Burkina Faso	33,6	10,30
Tchad	58,5	10,40
Cameroun	67,6	10,48
Gambie	20,6	11,06
Sénégal	44,4	12,84
Côte d'Ivoire	52,9	13,22
Mauritanie	54,6	16,88
Congo	41,1	28,12
Ghana	41,0	38,34
Sao Tome-et-Principe	17,0	41,62
Guinée équatoriale	68,3	73,81
Cap-Vert	25,6	104,22
Gabon	27,3	148,77

Source : Tableau de bord des indicateurs macroéconomiques du financement de la santé, établi par le Fonds mondial à partir de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, Équipe chargée du financement de la santé - Division de la stratégie, des investissements et de l'impact



### 3.3. Déficit de financement important

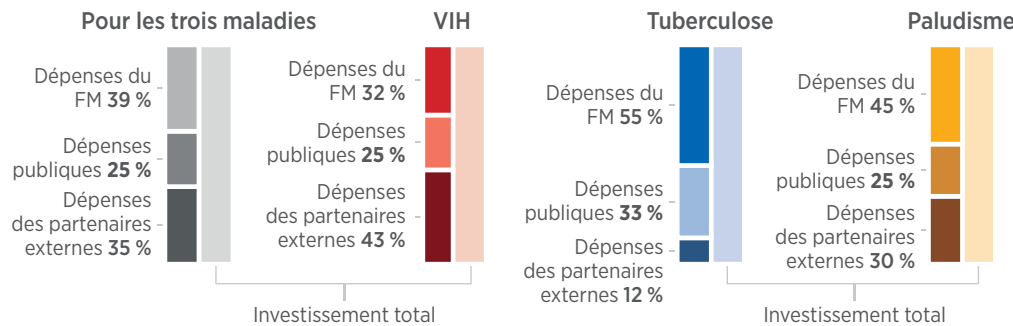
Malgré les contributions significatives des partenaires, d'importants déficits de financement demeurent

### 3. UNE RÉGION DIFFICILE

#### Investissements du Fonds mondial dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale

À ce jour, les investissements du Fonds mondial dans la région s'élèvent à 6,9 milliards de dollars US pour les trois maladies.

Entre 2012 et 2017, le Fonds mondial a investi 3,6 milliards de dollars US dans la région (6,9 milliards depuis 2002), ce qui représente 39 % du total des investissements (gouvernements, financements extérieurs et Fonds mondial) dans les trois maladies. Le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds pour les initiatives de lutte contre les trois épidémies dans la région. Il finance 55 % des programmes liés à la tuberculose ; 45 % des initiatives liées au paludisme et 32 % de la riposte au VIH.



#### Déficit de financement – Aperçu régional

Au regard des plans stratégiques nationaux de lutte contre les trois maladies, 50 % des besoins de financement des pays de la région pour 2015/2017 n'ont pas été satisfaits. Cela représente un déficit de financement de 4,65 milliards de dollars US, avec la division par maladies ci-après :

- VIH – déficit de financement de 63 % (3,1 milliards de dollars US)
- Tuberculose – déficit de financement de 55 % (0,4 milliard de dollars US)
- Paludisme – déficit de financement de 31 % (1,1 milliard de dollars US)

NB : plusieurs pays de la région enregistrent un déficit de financement nettement plus élevé que la moyenne de tous les pays de la région. Le Congo, la Centrafrique et la RDC affichaient récemment un déficit jusqu'à 74 % des besoins totaux.

Pays	Total des investissements du Fonds mondial 2012-2017 %	Total des investissements publics 2012-2017 %	Total des investissements extérieurs 2012-2017 %
Sierra Leone	83 %	9 %	8 %
Gambie	78 %	12 %	10 %
Guinée-Bissau	72 %	12 %	16 %
Togo	66 %	18 %	16 %
Sao Tome-et-Principe	55 %	18 %	28 %
Tchad	53 %	25 %	22 %
Congo (République démocratique)	53 %	5 %	42 %
Bénin	52 %	15 %	33 %
Guinée	51 %	18 %	31 %
Libéria	43 %	21 %	36 %
Niger	43 %	33 %	24 %
Sénégal	43 %	15 %	42 %
Burkina Faso	41 %	30 %	29 %
Cap-Vert	38 %	48 %	14 %
Cameroun	36 %	34 %	31 %
Mauritanie	35 %	46 %	19 %
Mali	32 %	11 %	57 %
Côte d'Ivoire	24 %	18 %	58 %
Ghana	24 %	55 %	20 %
Congo	21 %	65 %	14 %
Gabon	7 %	90 %	3 %
République centrafricaine*			

Sources : Données du Fonds mondial sur les décaissements, site web du Fonds mondial (déc. 2018)  
Parts de financement du Fonds mondial 2015/2017 tirées des tableaux des demandes de financement et des besoins des programmes stratégiques nationaux, communiqués par les pays, Équipe chargée du financement de la santé – Division de la stratégie, des investissements et de l'impact

\* Aucune donnée disponible



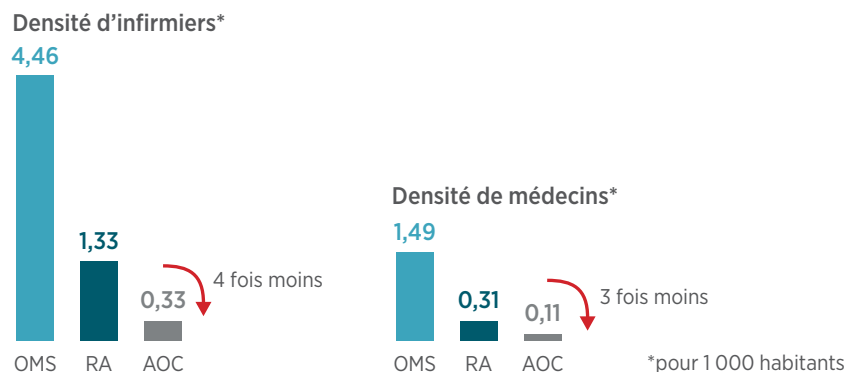
## 3.4. Systèmes de santé peu développés

L'Afrique occidentale et centrale compte trois fois moins de médecins que le reste du continent

3. UNE RÉGION DIFFICILE

### ■ Ressources humaines pour la santé

L'une des principales faiblesses des systèmes de santé en Afrique occidentale et centrale est liée aux ressources humaines pour la santé.



Les indicateurs ci-avant (moyenne non pondérée) mettent en lumière le déficit de ressources humaines pour la santé particulièrement prononcé dans la région, qui affecte les ressources disponibles dans les pays pour mettre en œuvre les programmes du Fonds mondial et autres bailleurs de fonds. Cependant, une insuffisance importante de données relatives à ces indicateurs est observée tant dans la région que dans le reste de l'Afrique.

### ■ SRPS – Infrastructures et équipements

Le tableau de bord SRPS du Fonds mondial évalue les principales composantes SRPS au regard des objectifs établis par l'OMS et autres instances.

L'indicateur lié aux infrastructures est centré sur la disponibilité de lits pour les patients dans les établissements de santé, les cliniques et les hôpitaux. Cet indicateur enregistre des résultats très faibles dans la région. De fait, 20,1 % des objectifs sont atteints en moyenne non pondérée ; seuls des pays comme le Cap-Vert, le Gabon et Sao Tome obtiennent des notes supérieures.

### ■ SRPS – Gouvernance et leadership

La Banque mondiale classe les pays du monde selon l'efficacité de leur gouvernance. Elle leur attribue une note comprise entre 0 et 100. Plus la note est élevée, plus la gouvernance est efficace.

Dix-sept des vingt-trois pays de la région figurent dans le quartile inférieur (les moins performants). Cela reflète une concentration élevée de faible efficacité de gouvernance dans la région de l'Afrique occidentale et centrale.

Pays	Efficacité du gouvernement
Cap-Vert	59,13
Ghana	49,04
Sénégal	40,38
Burkina Faso	30,77
Bénin	26,44
Gambie	25,96
Niger	24,04
Mauritanie	22,60
Côte d'Ivoire	21,63
São Tomé-et-Principe	20,67
Cameroun	19,71
Mali	17,31
Gabon	16,83
Guinée	13,94
Togo	12,50
Congo, Rép.	11,06
Sierra Leone	10,58
Libéria	8,17
Guinée équatoriale	6,73
Tchad	6,25
Congo, rép. dém.	4,81
Guinée-Bissau	3,37
République centrafricaine	2,88

■ 2e quartile ■ 3e quartile ■ 4e quartile (bas)





## 3.5. Environnement fragile

### Un environnement fragile et risqué

### 3. UNE RÉGION DIFFICILE

#### ■ Indice des États fragiles

L'indice des États fragiles est obtenu par la moyenne de douze indicateurs de risques de conflit servant à mesurer l'état d'un pays à un moment spécifique. Il s'appuie sur un cadre d'évaluation des conflits établi il y a près de 25 ans, visant à évaluer la vulnérabilité des États face au risque d'effondrement de leurs institutions. Il utilise pour cela une échelle de 0 à 178 (plus la note est faible, plus l'État est fragile).

Quinze des vingt-trois pays de la région figurent dans le quartile inférieur, ce qui dénote une forte concentration d'États fragiles dans une région dans laquelle le Fonds mondial opère.

#### ■ Indice de perception de la corruption

Cet indice classe 180 pays et territoires selon la perception du niveau de corruption du secteur public, sur une échelle de 0 à 100 (0 indiquant une forte corruption et 100 une absence de corruption).

Sept des vingt-trois pays de la région figurent dans le quartile inférieur (les 25 % les plus corrompus) du classement 2017.

65% des pays de la région Afrique occidentale et centrale figurent parmi les États les plus fragiles au monde

Pays	Indice de fragilité				Indice de corruption		
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017
République centrafricaine	3	3	3	5	24	20	23
République dém. du Congo	5	8	7	6	22	21	21
Tchad	6	7	8	8	22	20	20
Guinée	10	12	12	13	25	27	27
Guinée Bissau	17	17	16	16	17	16	17
Niger	19	19	20	21	34	35	33
Cameroun	28	22	26	23	55	59	55
Côte d'Ivoire	15	21	21	25	32	34	36
Mali	30	29	31	27	35	32	31
République du Congo	33	31	29	29	23	20	21
Libéria	21	27	27	30	37	37	31
Mauritanie	26	28	28	31	31	27	28
Sierra Leone	31	34	38	35	29	30	30
Gambie	51	48	37	42	28	26	30
Burkina Faso	39	41	44	45	38	42	42
Togo	47	51	56	49	32	32	32
Guinée équatoriale	54	53	51	55			17
Sénégal	60	59	60	62	44	45	45
Bénin	73	72	73	74	37	36	39
Gabon	104	98	91	88	34	35	32
Sao Tome-et-Principe	93	94	97	92	42	46	46
Ghana	100	102	108	108	47	43	40
Cap-Vert	94	101	106	110	27	26	25

Source : Données 2017 de Transparency International sur l'indice de perception de la corruption, site web de Transparency International



## 3.5. Environnement fragile

La persistance de crises et conflits affecte le développement de la santé dans la région

3. UNE RÉGION DIFFICILE

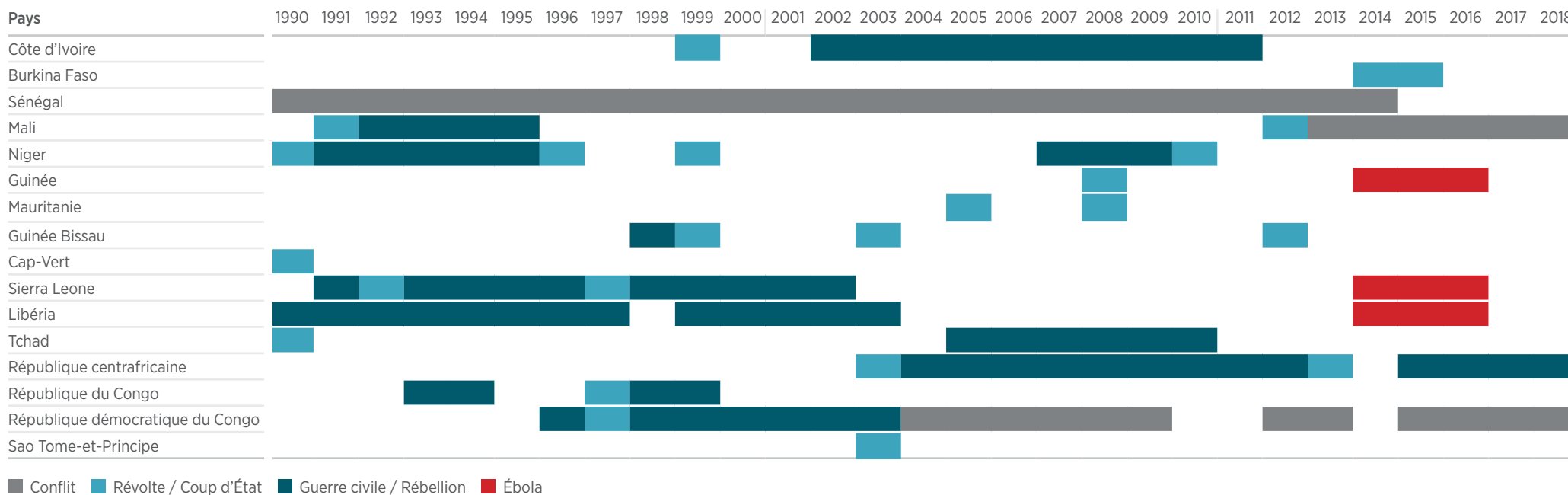
### ■ Conflits

La région de l'Afrique occidentale et centrale a été lourdement touchée par de nombreux coups d'État, révoltes, conflits régionaux et guerres civiles majeurs. Dix-huit des vingt-trois pays de la région ont été confrontés à l'un de ces événements. Depuis 1990, la région a subi au moins 21 coups d'États, et plus d'une douzaine de guerres civiles et conflits localisés. En 2018, trois conflits de grande ampleur sévissaient toujours dans la région. Tous ces événements nuisent aux soins de santé et à la prestation de services liés aux trois maladies, du fait d'interruptions des chaînes d'approvisionnement, des déplacements de populations ou de massacres en général.

### ■ Ébola

La région de l'Afrique occidentale et centrale a été touchée par de nombreuses flambées d'Ébola depuis la première épidémie en 1976. Ces épisodes ont lourdement impacté les systèmes de santé, affectant directement les résultats des programmes de lutte contre les trois maladies.

L'épidémie d'Ébola au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée fut la plus importante jamais enregistrée. Elle a commencé en mars 2014, tuant plus de 11 000 personnes sur son passage avant d'être déclarée terminée en juin 2016 seulement. Elle a très lourdement érodé les systèmes de santé dans les pays touchés. La flambée d'Ébola sévissant toujours en RDC, l'impact de l'épidémie aura encore des retombées.



# Table des matières

## 3. Région difficile

PAGES 12 à 18



### 3.1. FAIBLE MARGE BUDGÉTAIRE

- Le PIB par habitant est 33 % inférieur à celui du reste de l'Afrique.



### 3.2. FAIBLE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Les dépenses publiques de santé par habitant sont en moyenne trois fois moins élevées que dans le reste de l'Afrique.



### 3.3. DÉFICITS DE FINANCEMENT IMPORTANTS

- Le déficit de financement global atteint 50 % ; et 31 % dans le cas spécifique du paludisme.



### 3.4. SYSTÈMES DE SANTÉ PEU DÉVELOPPÉS

- Les ressources humaines pour la santé sont trois fois moins importantes que dans le reste de l'Afrique.



### 3.5. ENVIRONNEMENT FRAGILE

- Soixante-cinq pour cent des pays de la région figurent systématiquement sur la liste des États les plus fragiles au monde depuis 2012.

## 4. Investissements du Fonds mondial

PAGES 20 à 24



### 4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES



### 4.2. CAPITAL HUMAIN



### 4.3. INITIATIVES STRATÉGIQUES



## 4.1. Ressources financières

### Investissements financiers importants dans la région de l'Afrique occidentale et centrale

#### 4. INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL

Depuis 2002, le Fonds mondial a investi des sommes importantes en Afrique occidentale et centrale. Ses investissements cumulés dans la lutte contre les trois maladies et le renforcement des systèmes de santé s'élèvent à 6,9 milliards de dollars US. Cela représente 18 % des 39,4 milliards de dollars US investis au total par le Fonds mondial.

#### ■ Les trois maladies

Des investissements de 3,3 milliards de dollars US ont été injectés dans la lutte contre le paludisme, ce qui représente 30 % de la somme totale allouée à la maladie. La région concentre 40 % de la charge de morbidité liée au paludisme dans le monde.

Par contraste, elle a reçu 14 % des investissements du Fonds mondial dédiés au VIH, alors qu'elle subit actuellement 9,2 % de la charge de morbidité à l'échelle mondiale. La région a reçu 9 % des financements alloués à la tuberculose, alors qu'elle cumule 5,8 % de la charge de morbidité mondiale.

L'Afrique occidentale et centrale a reçu plus de 0,6 milliard de dollars US d'investissements du Fonds mondial depuis 2002 dans le cadre de subventions dédiées à la tuberculose, ce qui représente 9 % des investissements totaux du Fonds alloués à cette maladie. S'y sont ajoutés 0,1 milliard de dollars US alloués aux subventions VIH/tuberculose, soit 9 % des investissements du Fonds ciblant la lutte conjointe contre ces deux maladies.

#### ■ SRPS

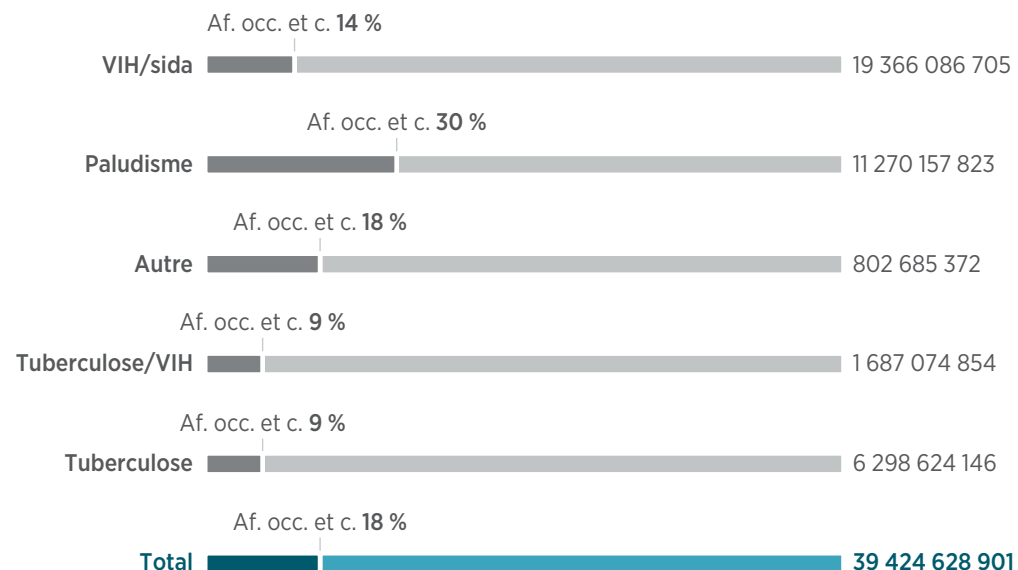
Depuis 2014, 1,1 milliard de dollars US ont été investis dans le renforcement des systèmes de santé des pays de la région Afrique occidentale et centrale, sur un total de 5,3 milliards à l'échelle mondiale. Cette somme regroupe les subventions spécifiques au SRPS et les financements intégrés dans des subventions liées à une maladie. Cela représente 36 % du total investi depuis 2014.

#### ■ Dépenses de fonctionnement annuelles

De plus, le Fonds mondial alloue environ 25 millions de dollars US de ses dépenses de fonctionnement annuelles aux agents locaux du Fonds, aux agents financiers et aux instances de coordination nationale dans la région.

#### ■ Investissements financiers

##### Investissements cumulés du Fonds mondial depuis sa création



6,9 milliards de dollars US investis dans la région, dont 1,1 milliard de dollars US à des fins de renforcement des systèmes de santé



# 4.1. Ressources financières

## Investissements financiers importants dans la région de l’Afrique occidentale et centrale

### 4. INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL

#### ■ Les trois maladies

L’analyse des budgets de subventions entre 2015 et 2021 dans les pays de la région Afrique occidentale et centrale indique que la majorité des investissements du Fonds mondial ciblent des interventions spécifiques, et ce pour chaque maladie.

#### VIH

L’essentiel des subventions du Fonds mondial ont servi à financer le traitement (72 %), suivi de la prévention (20 %).

#### Paludisme

Les financements du Fonds mondial dans la région ont pour la plupart été investis dans la prise en charge des cas (63 %).

#### Tuberculose

Les fonds alloués à la tuberculose sont équitablement répartis entre le dépistage de première ligne et la prise en charge des cas de tuberculose d’une part, et la lutte contre la tuberculose multirésistante d’autre part.

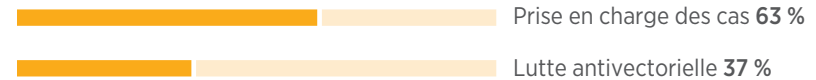
#### ■ Investissements SRPS

Les investissements en faveur de l’établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé sont alignés sur les besoins de la région, 38 % des fonds étant alloués aux ressources humaines pour la santé. Les investissements dans les systèmes d’information arrivent en deuxième position, en raison du déploiement du système DHIS2 dans plusieurs pays de la région.

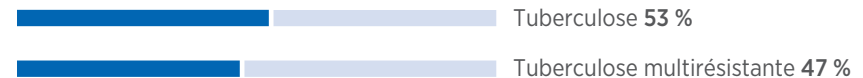
#### VIH



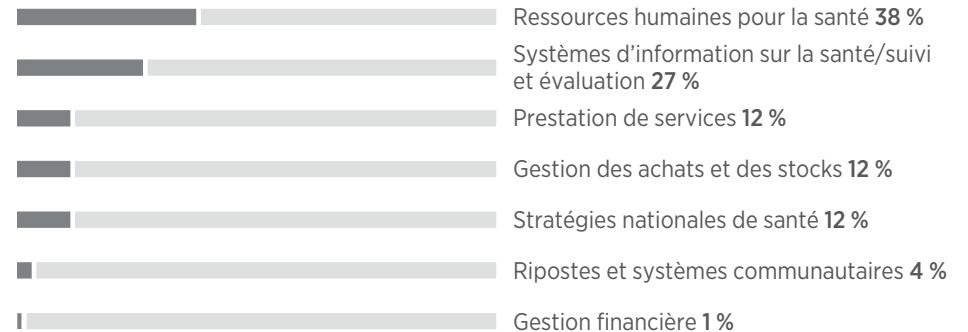
#### Paludisme



#### Tuberculose



#### SRPS



Source : Données du Fonds mondial sur les budgets 2015-2021, Équipe DASH – Division de la gestion des subventions

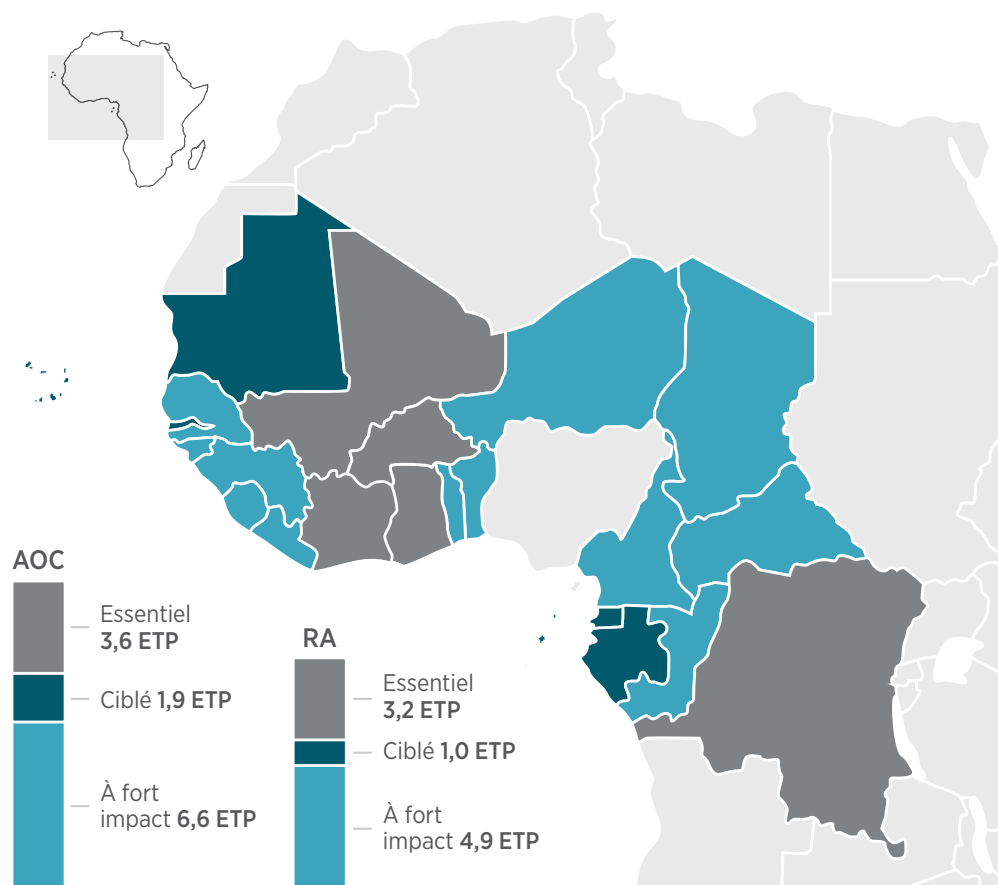


## 4.2. Capital humain

### Investissements majeurs en ressources humaines dans la région

#### 4. INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL

- À ce jour, le Fonds mondial a alloué 85 équivalents temps plein (ETP) à la région d'Afrique occidentale et centrale. Cela représente 5 ETP pour 100 millions de dollars US sur le budget 2017/2019 du Fonds mondial investi dans la région, contre 2 ETP pour 100 millions de dollars US dans le reste de l'Afrique.
- Seize des vingt-deux pays de la région possèdent un gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial dédié.
- Certains pays classés dans les contextes d'intervention difficiles possèdent deux chargés de programme, et les autres pays sont en passe de transférer des chargés de programme supplémentaires dans les portefeuilles des contextes d'intervention difficiles.



Pays	Classification D4I	CID	Gestionnaire de portef. du Fonds dédié	ETP équipe de pays
Bénin	Essentiel		●	3,46
Burkina Faso*	À fort impact		●	3,69
Cameroun	Essentiel		●	3,87
Cap-Vert	Ciblé			1,75
République centrafricaine	Essentiel	●	●	3,15
Tchad	Essentiel	●	●	3,64
Congo	Essentiel	●	●	3,75
Congo (République démocratique)	À fort impact	●	●	14,54
Côte d'Ivoire	À fort impact		●	5,09
Gabon	Ciblé			1,17
Gambie	Ciblé			2,53
Ghana	À fort impact		●	4,86
Guinée	Essentiel	●	●	3,69
Guinée-Bissau	Essentiel	●	●	2,91
Libéria	Essentiel	●	●	4,16
Mali*	À fort impact	●	●	4,92
Mauritanie	Ciblé	●		1,7
Niger	Essentiel	●	●	3,06
Sao Tome-et-Principe	Ciblé			2,32
Sénégal	Essentiel		●	5,01
Sierra Leone	Essentiel	●	●	3,1
Togo	Essentiel			3,41

\* En mai 2018, le Burkina Faso et le Mali, auparavant pays de la catégorie « core », ont été re-classifiés en pays « high impact ». Cependant, aucune modification de ressources n'avait encore été réalisée en décembre 2018.

Source : Liste de distribution des équipes de pays chargées de la gestion des subventions du Fonds mondial



## 4.2. Capital humain

Investissements importants de ressources humaines dans la région de l'Afrique occidentale et centrale

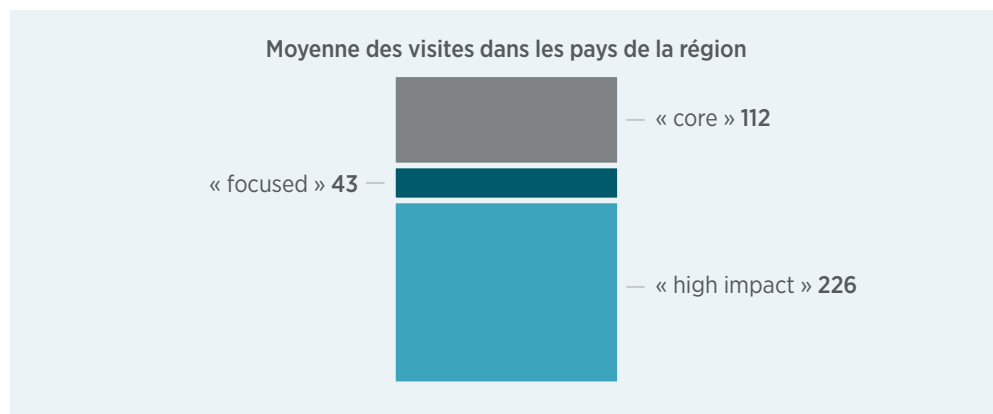
4. INVESTISSEMENTS  
DU FONDS MONDIAL

### ■ Nombre de visites dans les pays de la région

Le personnel du Fonds mondial a consacré 2 610 jours de visites dans la région entre 2015 et 2018. Cela représente une moyenne de cinq jours dans chaque pays par visite.

Le nombre moyen de visites dans les pays varie selon le type de portefeuille. Les pays à « high impact » bénéficient de plus de deux fois plus de visites que les pays « core », tandis que les pays « focused » reçoivent deux fois moins de visites que les pays classifiés « core ».

De plus, le nombre de visites dans les pays varie fortement au sein de chaque portefeuille. Parmi les pays « core », le Sénégal a été le plus visité sur la période avec 250 visites, contre 38 seulement en République centrafricaine.



### ■ Qualité du dialogue avec le Secrétariat du Fonds mondial

Les résultats d'une enquête auprès de 195 participants dans six pays de la région indiquent une satisfaction générale sur la qualité du dialogue entre les équipes de pays et les parties prenantes dans les pays. Les équipes de pays communiquent mieux qu'auparavant, écoutent les maîtres d'œuvre et fournissent des orientations, ce qui est apprécié.

#### Point de vue des pays

91 %

des parties prenantes dans les pays estiment qu'il n'existe pas d'obstacle linguistique entre les équipes de pays et les acteurs chargés de mettre en œuvre les programmes.

80 %

reconnaissent que les équipes de pays du Fonds mondial répondent promptement aux questions et préoccupations des entités chargées de mettre en œuvre les programmes sur le terrain.

77 %

s'accordent pour dire que les équipes de pays fournissent des conseils et un appui adéquats aux pays au regard des besoins exprimés.

65 %

reconnaissent que les équipes de pays approuvent les demandes (de non-objection, par exemple) des bénéficiaires principaux dans des délais raisonnables.

Dialogue continu de qualité entre les équipes de pays du Fonds mondial et les maîtres d'œuvre et parties prenantes dans les pays



## 4.3. Initiatives stratégiques

Principales initiatives visant à lever les obstacles en Afrique occidentale et centrale

4. INVESTISSEMENTS  
DU FONDS MONDIAL

Depuis 2014, le Secrétariat a mené plusieurs initiatives stratégiques aux fins d'identifier les faiblesses du portefeuille du Fonds mondial et d'y remédier. Nombre d'entre elles visent notamment des pays de la région Afrique occidentale et centrale.

10

PAYS DE  
LA RÉGION

### Approche Partenariat de mise en œuvre

- Projet coordonné avec les partenaires afin de lever les obstacles à la mise en œuvre et d'améliorer l'absorption financière dans **10 pays de la région**

11

PAYS DE  
LA RÉGION

### Contextes d'intervention difficiles

- Adoption de la politique relative aux contextes d'intervention difficiles afin de faciliter la gestion des subventions dans les environnements complexes, visant **11 pays de la région**
- Établissement d'un réseau de partenaires afin de soutenir les contextes d'intervention difficiles, d'améliorer les résultats et l'absorption des fonds dans **8 pays de la région**

18

PAYS DE  
LA RÉGION

### Gestion financière

- Projet Co-Link visant à accélérer le renforcement des capacités de gestion financière des acteurs locaux dans **18 pays de la région**

10

PAYS DE  
LA RÉGION

### Chaîne d'approvisionnement

- Mécanisme volontaire d'achat groupé/Wambo utilisés dans **18 pays de la région**
- Diagnostic et transformation de la chaîne d'approvisionnement dans **10 pays de la région**

18

PAYS DE  
LA RÉGION

### Suivi et évaluation

- Soutien au déploiement et à la fonctionnalité du système d'information pour la gestion de la santé, amélioration de l'intégration des systèmes d'information pour la gestion logistique et la gestion de la santé, et amélioration de la qualité des données dans **18 pays de la région**

15

PAYS DE  
LA RÉGION

### Droits humains

- Établissement de programmes intégrés de protection des droits humains dans les pays prioritaires et soutien différencié aux populations-clés touchées dans **15 pays de la région**

Les initiatives relatives à la gestion financière, aux droits humains, au suivi-évaluation, et à la chaîne d'approvisionnement étaient en cours au moment du présent examen consultatif.

Source : Plan 2018 de mise en œuvre de la stratégie du Fonds mondial



# Chapter Contents

## 3. Région difficile

PAGES 12 à 18



3.1. FAIBLE MARGE BUDGÉTAIRE



3.2. FAIBLE FINANCEMENT DE LA SANTÉ



3.3. DÉFICITS DE FINANCEMENT IMPORTANTS



3.4. SYSTÈMES DE SANTÉ PEU DÉVELOPPÉS



3.5. ENVIRONNEMENT FRAGILE

## 4. Investissements du Fonds mondial

PAGES 20 à 24



4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES



4.2. CAPITAL HUMAIN



4.3. INITIATIVES STRATÉGIQUES

■ Depuis 2002, le Fonds mondial a investi 6,9 milliards de dollars US au total dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale pour lutter contre les trois maladies.

■ 85 ETP dans la région, soit 5 ETP pour 100 millions de dollars US investis dans la région, contre 2 ETP pour 100 millions de dollars US dans le reste de l'Afrique.

■ De nombreuses initiatives menées par le Secrétariat du Fonds mondial touchent les pays de la région, dont le mécanisme d'achat groupé, la plateforme Wambo et le projet d'évolution des instances de coordination nationale.

## 5. Résultats

PAGES 26 à 41



5.1. PALUDISME



5.2. VIH

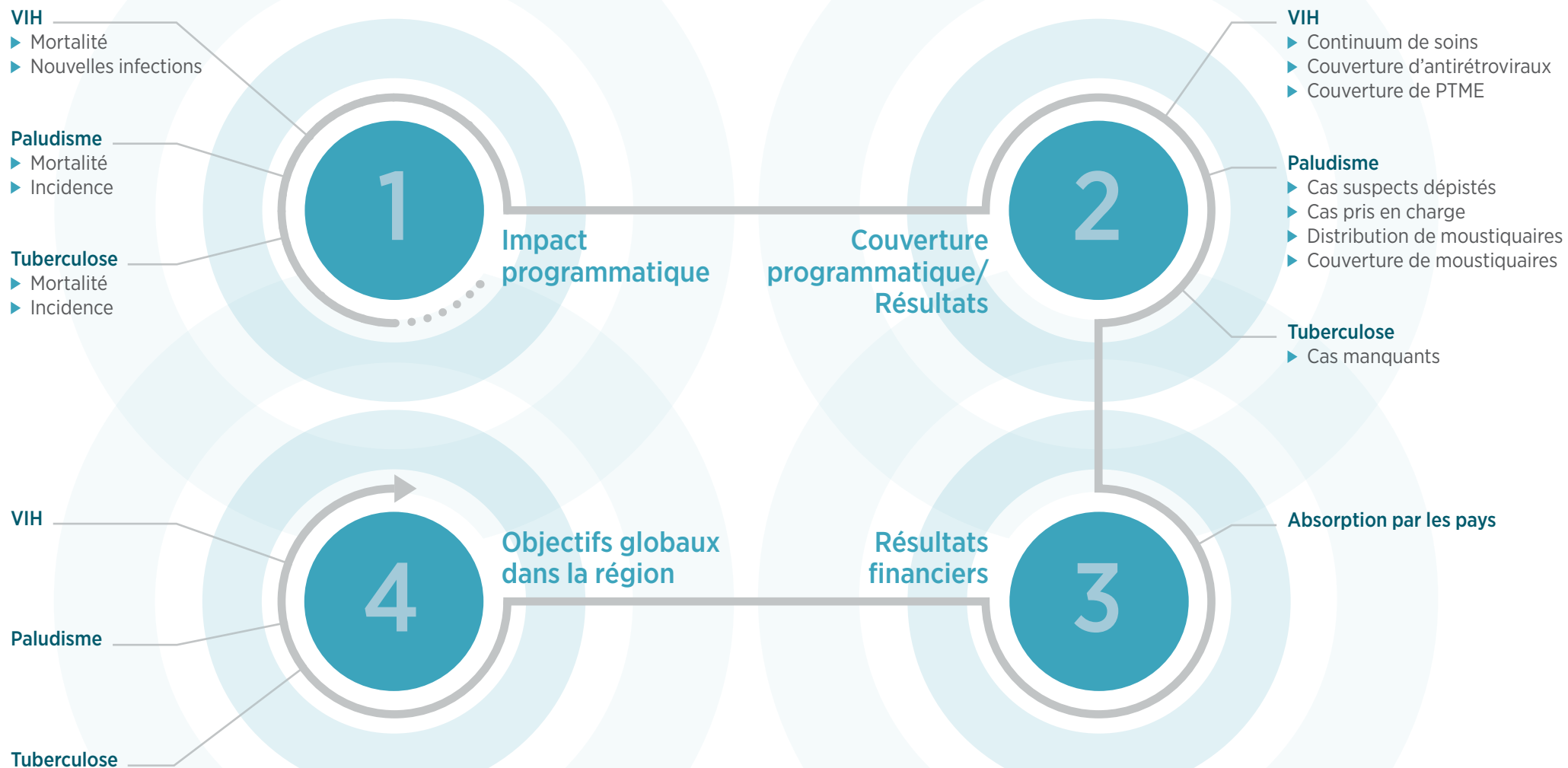


5.3. TUBERCULOSE

# Aperçu des résultats

## Indicateurs clés d'évaluation des résultats

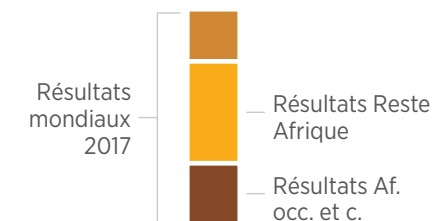
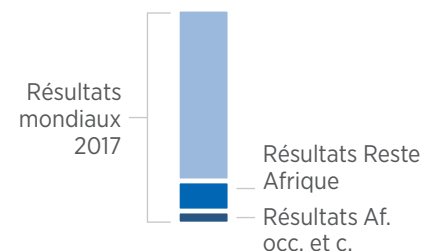
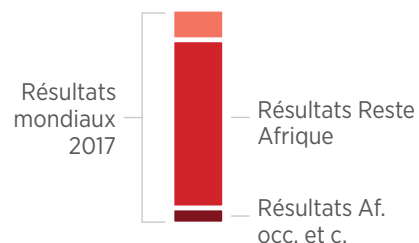
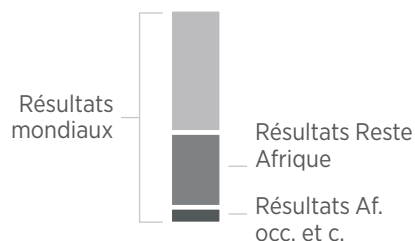
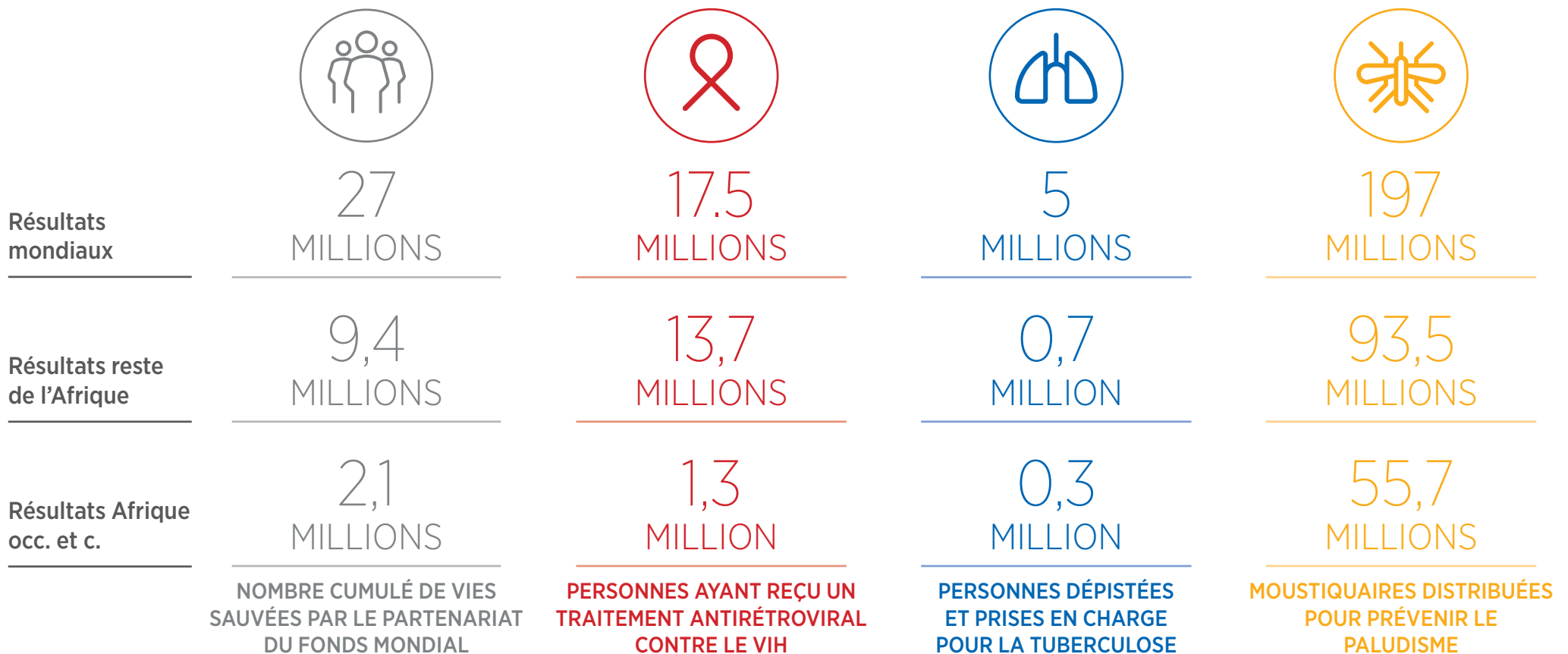
### 5. RÉSULTATS



# Résultats 2018 du Fonds mondial

Contribution de l'Afrique occidentale et centrale aux résultats à l'échelle mondiale

5. RÉSULTATS



Source : Rapport sur les résultats du Fonds mondial 2018 et analyse ventilée du Fonds mondial, Équipe chargée de l'information stratégique - Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact



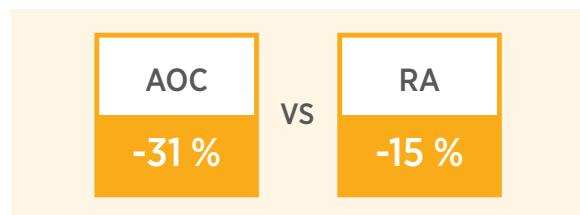
# 5.1. Résultats liés au paludisme - Impact

## Décès liés au paludisme

### ■ Décès liés au paludisme

Entre 2010 et 2016, le nombre de décès liés au paludisme en Afrique occidentale et centrale a chuté de 31 %.

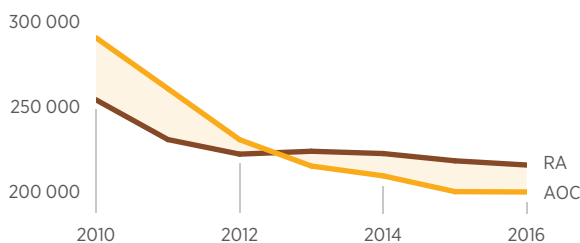
Ce taux est le double du recul de 15 % observé dans le reste du continent sur la même période. Il est également supérieur à la baisse de 25 % obtenue à l'échelle mondiale sur cette période.



Les pays de la région ont ainsi réduit leur contribution au nombre total de décès liés au paludisme dans le monde de 49 % en 2010 à 45 % en 2016.

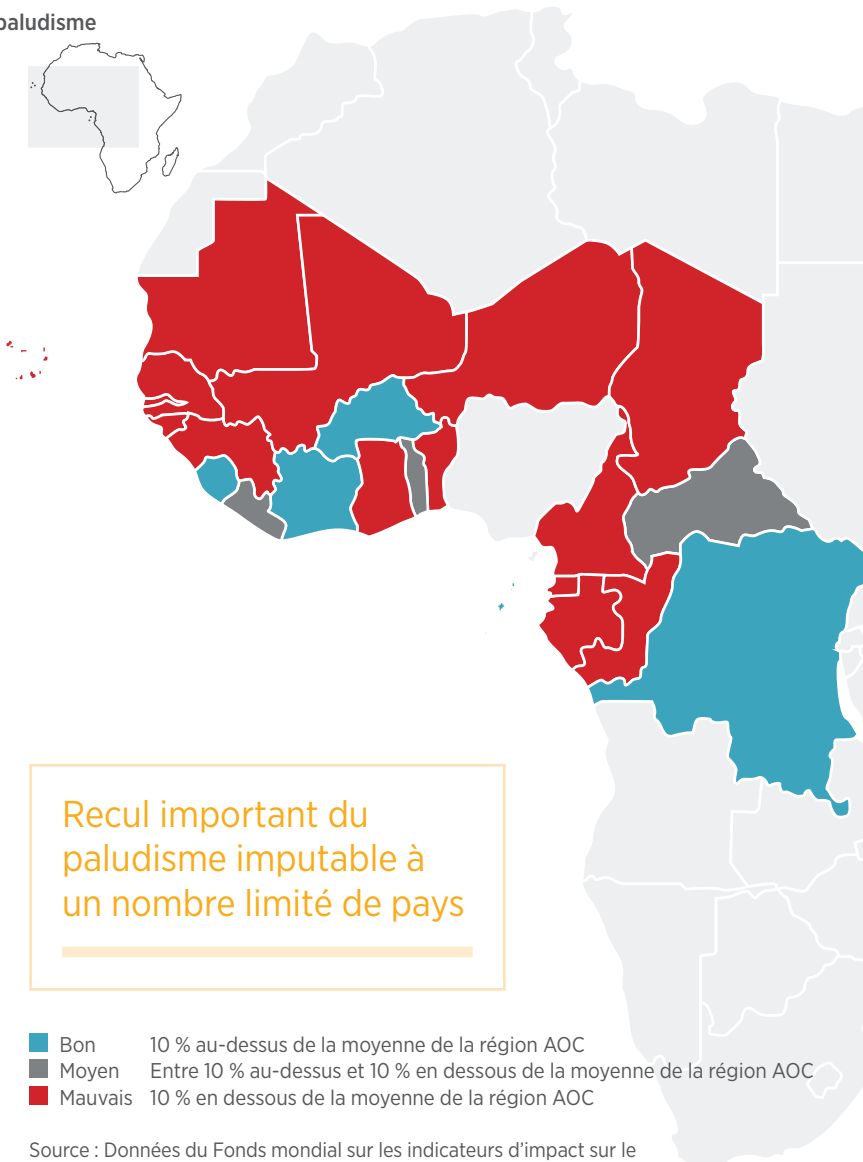
Cette forte chute du nombre annuel de décès liés au paludisme dans la région est en partie liée à l'impressionnant recul de la maladie au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en RDC.

La région a reçu plus de 3,3 milliards de dollars US d'investissements du Fonds mondial depuis 2002 au travers de subventions liées au paludisme, ce qui représente 30 % du budget de l'institution alloué à la maladie à l'échelle mondiale.



Évolution en pourcentage du nombre de décès liés au paludisme entre 2010 et 2016 au sein de la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
République démocratique du Congo	-43 623	-42 %
Côte d'Ivoire	-18 884	-73 %
Burkina Faso	-15 737	-42 %
Sierra Leone	-6 443	-48 %
Sao Tomé-et-Principe	-14	-100 %
République centrafricaine	-2 239	-38 %
Togo	-1 174	-21 %
Libéria	-565	-23 %
Niger	-3 373	-16 %
Ghana	-3 175	-20 %
Guinée	-1 809	-16 %
Cameroun	-1 633	-17 %
Bénin	-114	-2 %
Cap-Vert	-	0 %
Guinée-Bissau	26	4 %
Gambie	63	11 %
Gabon	118	36 %
Mauritanie	154	14 %
Sénégal	218	5 %
Congo	228	13 %
Guinée équatoriale	310	67 %
Tchad	347	5 %
Mali	6 479	45 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>-90 840</b>	<b>-31 %</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>-38 385</b>	<b>-15 %</b>



Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur le paludisme, tirées des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

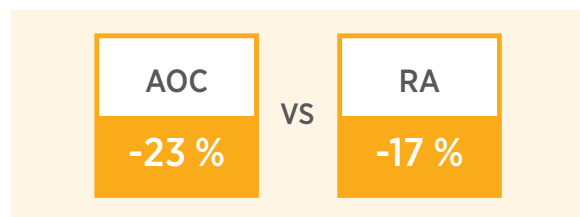


# 5.1. Résultats liés au paludisme - Impact

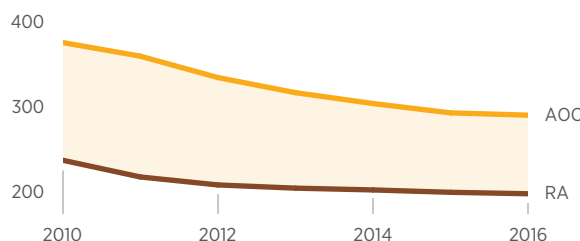
## Incidence du paludisme

### ■ Incidence du paludisme

Entre 2010 et 2016, l'incidence annuelle du paludisme dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale a chuté de 23 %. Ce taux est supérieur à la baisse de 17 % observée dans le reste de l'Afrique. Néanmoins, les taux d'incidence dans la région restent 47 % supérieurs à ceux observés dans le reste du continent. Cela étant, les résultats varient selon les pays .

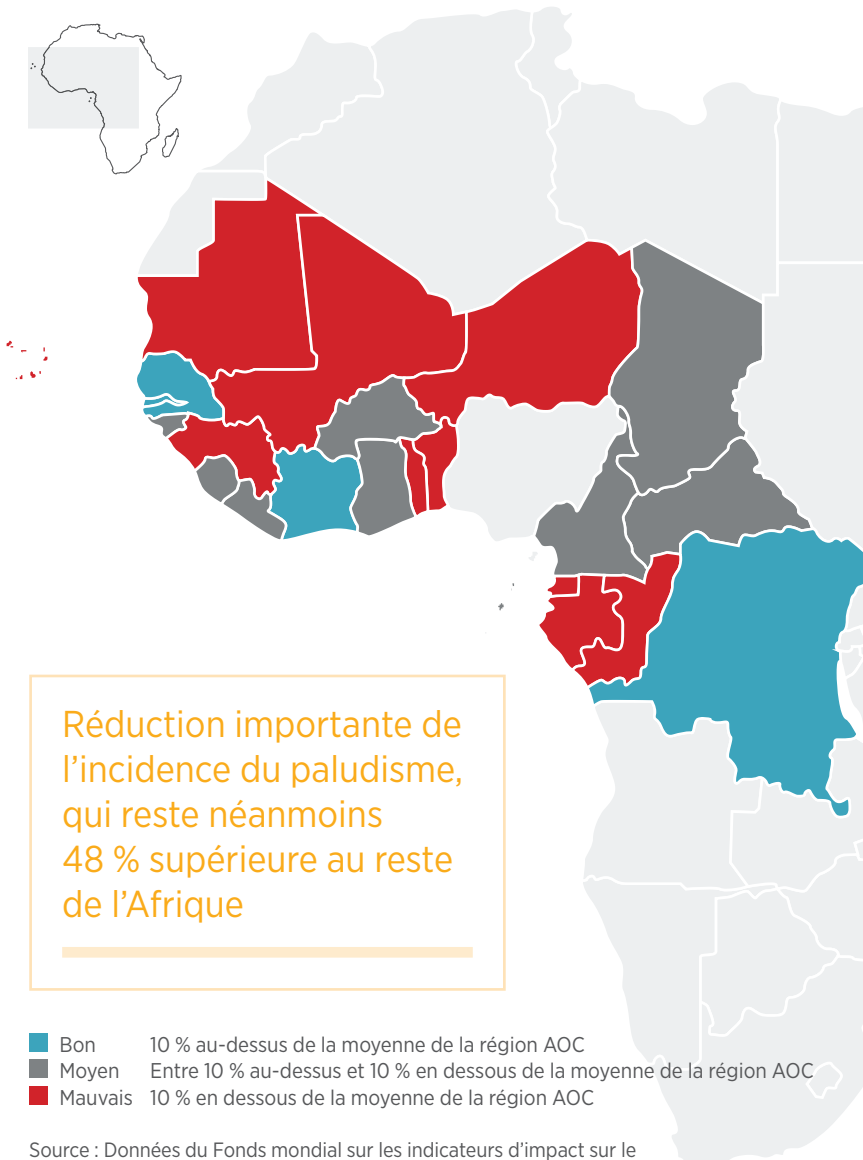


Malgré cette baisse importante des taux d'incidence depuis 2010, l'Afrique occidentale et centrale restait en 2016 plus touchée que le reste du continent et du monde.



Évolution en pourcentage de l'incidence du paludisme entre 2010 et 2016 au sein de la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
Côte d'Ivoire	-243,87	-52 %
République démocratique du Congo	-154,81	-35 %
Gambie	-127,09	-50 %
Sénégal	-52,53	-52 %
Burkina Faso	-121,89	-22 %
Sierra Leone	-97,01	-24 %
Libéria	-90,66	-28 %
Ghana	-70,52	-20 %
Cameroun	-53,53	-16 %
République centrafricaine	-49,17	-14 %
Tchad	-23,61	-12 %
Guinée-Bissau	-20,45	-22 %
Sao Tomé-et-Principe	-4,48	-29 %
Niger	-34,74	-8 %
Togo	-34,60	-9 %
Bénin	-25,95	-8 %
Guinée	-22,82	-6 %
Cap-Vert	-0,04	-5 %
Congo	11,56	6 %
Guinée équatoriale	36,89	18 %
Mauritanie	42,64	93 %
Gabon	72,07	54 %
Mali	87,77	24 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>-85,54</b>	<b>-23 %</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>-39,57</b>	<b>-17 %</b>



Réduction importante de l'incidence du paludisme, qui reste néanmoins 48 % supérieure au reste de l'Afrique

- Bon** 10 % au-dessus de la moyenne de la région AOC
- Moyen** Entre 10 % au-dessus et 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC
- Mauvais** 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur le paludisme, tirées des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact



## 5.1. Résultats liés au paludisme – Prise en charge des cas

### Paludisme – Dépistage et prise en charge

5. RÉSULTATS

#### ■ Cas de paludisme pris en charge

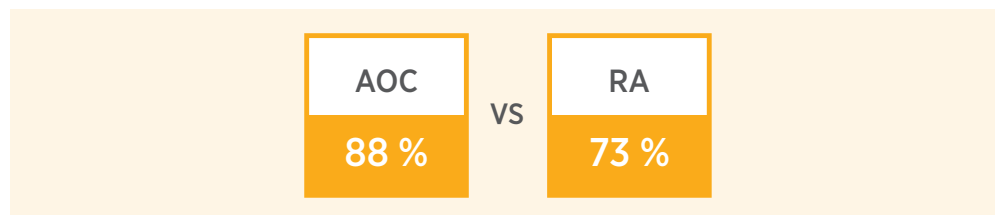
13% (9,8 millions) des objectifs de la région en matière de dépistage des cas suspects de paludisme en 2017 n'ont pas été atteints. Ce résultat est cependant meilleur que pour le reste de l'Afrique, dont 29 % des objectifs (51 millions) n'ont pas été atteints.

Dans la région de l'Afrique occidentale et centrale, ce déficit est largement dû à trois pays qui n'ont pas atteint leurs objectifs : la RDC, dont 32 % des objectifs (7,5 millions) ont été manqués ; la Sierra Leone (33 %, soit 1,8 million) ; et la Mauritanie (98 %, soit 1,5 million).



#### ■ Cas de paludisme pris en charge

12% (4,7 millions) des objectifs de la région en matière de prise en charge des cas de paludisme en 2017 n'ont pas été atteints. Ce résultat est cependant meilleur que celui obtenu dans le reste de l'Afrique, où 27 % des objectifs (30,5 millions) n'ont pas été atteints.



Dans la région de l'Afrique occidentale et centrale, ce déficit est largement dû à trois pays : la RDC, dont 19 % des objectifs (2,3 millions) ne sont pas réalisés ; le Cameroun (78 %, soit 1,7 million) ; et la Guinée (41 %, soit 0,9 million).

Les taux de dépistage et de prise en charge dans la région n'atteignent pas les objectifs établis, mais restent supérieurs à ceux obtenus dans le reste de l'Afrique

Pays	Cas suspects de paludisme dépistés		Cas de paludisme pris en charge	
	Résultat	vs objectif (%)	Résultat	vs objectif (%)
Bénin	171 963	39 %	179 780	48 %
Burkina Faso	8 798 054	145 %	21 643	4 %
Cameroun	2 128 082	65 %	476 806	22 %
Cap-Vert	16 573	279 %	446	1174 %
Côte d'Ivoire	6 791 674	89 %	4 642 614	144 %
Gambie	649 764	100 %	69 128	50 %
Ghana	8 902 711	105 %	5 213 714	100 %
Guinée	2 134 910	73 %	1 327 203	59 %
Guinée-Bissau	462 567	100 %	121 371	100 %
Libéria	1 794 810	100 %	1 500 247	100 %
Mali	3 481 271	115 %	1 485 690	77 %
Mauritanie	28 197	2 %	501	100 %
Niger	4 036 066	117 %	2 547 161	123 %
République centrafricaine	1 375 337	100 %	345 897	100 %
République démocratique du Congo	15 844 984	68 %	10 197 961	81 %
Sao Tomé-et-Principe	99 023	270 %	2 466	342 %
Sénégal	1 488 852	175 %	424 029	405 %
Sierra Leone	3 536 020	67 %	2 080 225	78 %
Tchad	1 881 312	108 %	1 286 899	77 %
Togo	2 709 255	72 %	1 642 238	110 %
<b>Total Afrique occ. et c.</b>	<b>66 331 425</b>	<b>87 %</b>	<b>33 566 019</b>	<b>88 %</b>
<b>Total reste de l'Afrique</b>	<b>126 793 039</b>	<b>71 %</b>	<b>83 843 575</b>	<b>73 %</b>

Source : Données sur les résultats programmatiques 2017 du Fonds mondial, Équipe chargée de l'information stratégique

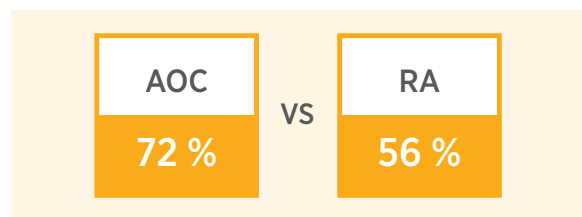


# 5.1. Résultats liés au paludisme – Lutte antivectorielle

## Distribution et couverture de moustiquaires

### Couverture de moustiquaires

En 2016, les pays de l’Afrique occidentale et centrale enregistraient une couverture de moustiquaires de 72 % au total, protégeant plus de 215 millions de personnes. Ce taux est nettement supérieur à la couverture de 56 % observée dans le reste de l’Afrique.



De plus, la couverture dans la région a rapidement augmenté en quelques années, passant de 29 % en 2010 à 72 % en 2016. Cependant, en 2016, 85 millions de personnes n’avaient toujours pas d’accès à une moustiquaire.

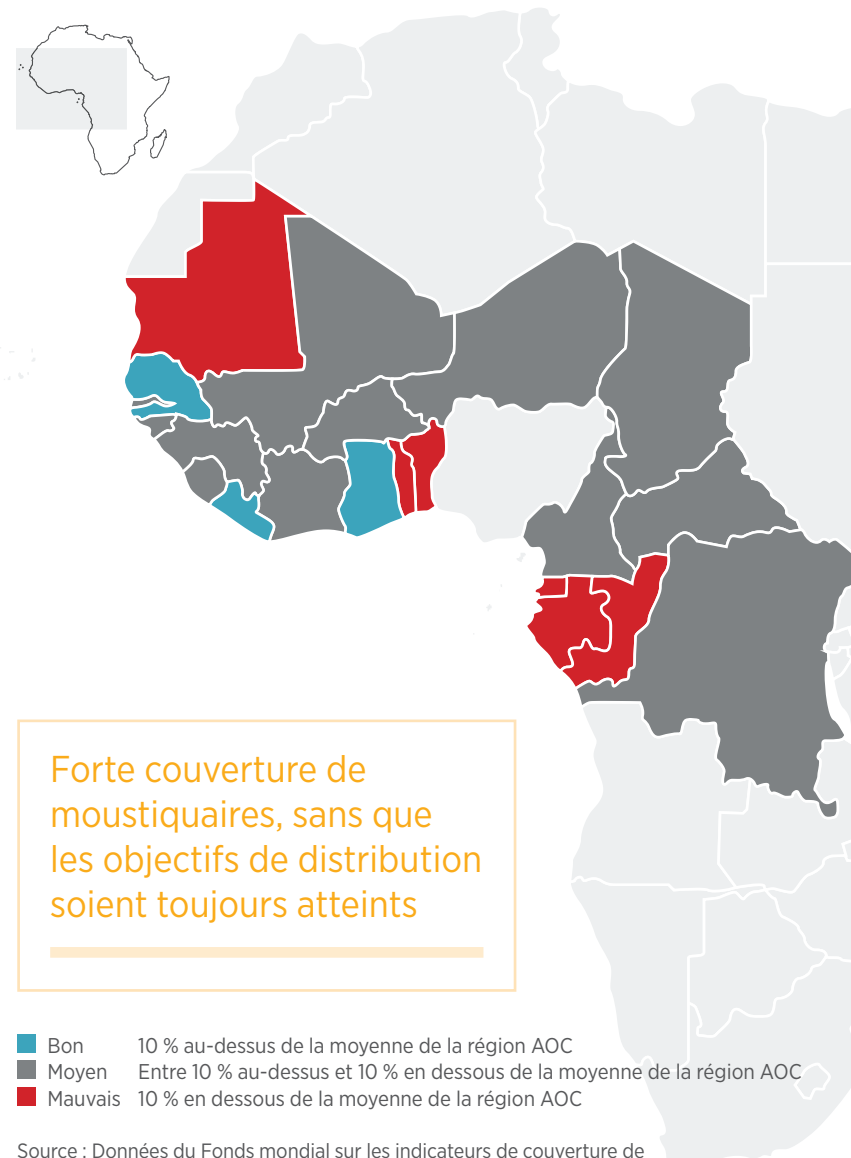
### Distribution de moustiquaires

Plus de 55,8 millions de moustiquaires ont été distribuées dans les pays de la région en 2017. Ce chiffre reste néanmoins inférieur de 12 % aux objectifs établis dans les accords de subvention du Fonds mondial, ce qui représente un déficit de plus de 7,5 millions de moustiquaires. Cependant, le déficit au regard des objectifs est encore plus prononcé dans le reste de l’Afrique, dont 26 % des objectifs en matière de distribution de moustiquaires n’ont pas été atteints.



Population exposée protégée par une moustiquaire en 2016

Pays	Personnes protégées par des moustiquaires	Couverture
Ghana	23 240 980	83 %
Sénégal	13 060 003	83 %
Libéria	4 026 368	87 %
République démocratique du Congo	59 362 188	77 %
Côte d’Ivoire	16 837 180	73 %
Cameroun	14 890 720	63 %
Burkina Faso	14 746 478	79 %
Mali	14 261 669	80 %
Niger	13 186 184	65 %
Tchad	9 559 043	68 %
Guinée	8 203 080	64 %
Sierra Leone	4 953 889	75 %
République centrafricaine	3 653 067	73 %
Guinée-Bissau	1 497 349	79 %
Gambie	1 411 141	69 %
Bénin	5 674 295	51 %
Togo	4 641 651	61 %
Congo	1 716 972	34 %
Mauritanie	338 049	11 %
Guinée équatoriale	216 564	26 %
Gabon	161 503	9 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>215 638 372</b>	<b>72 %</b>
<b>Reste de l’Afrique</b>	<b>347 242 666</b>	<b>56 %</b>



Source : Données sur les résultats programmatiques 2017 du Fonds mondial, Équipe chargée de l’information stratégique

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs de couverture de moustiquaires, tirées des données 2017 de l’OMS, Équipe chargée de l’information stratégique, Division de la stratégie, de l’investissement et de l’impact

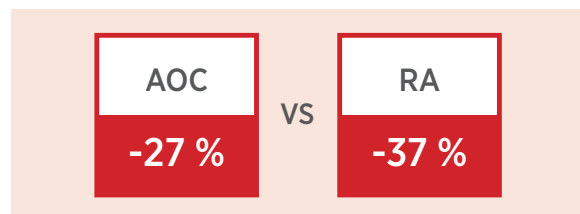


## 5.2. Résultats liés au VIH - Impact

### Décès liés au sida

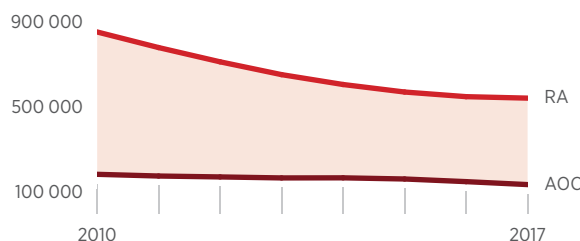
#### Décès liés au sida

Selon les résultats des derniers rapports, la région de l'Afrique occidentale et centrale a enregistré une baisse de 27 % du nombre de décès liés au sida depuis 2010.



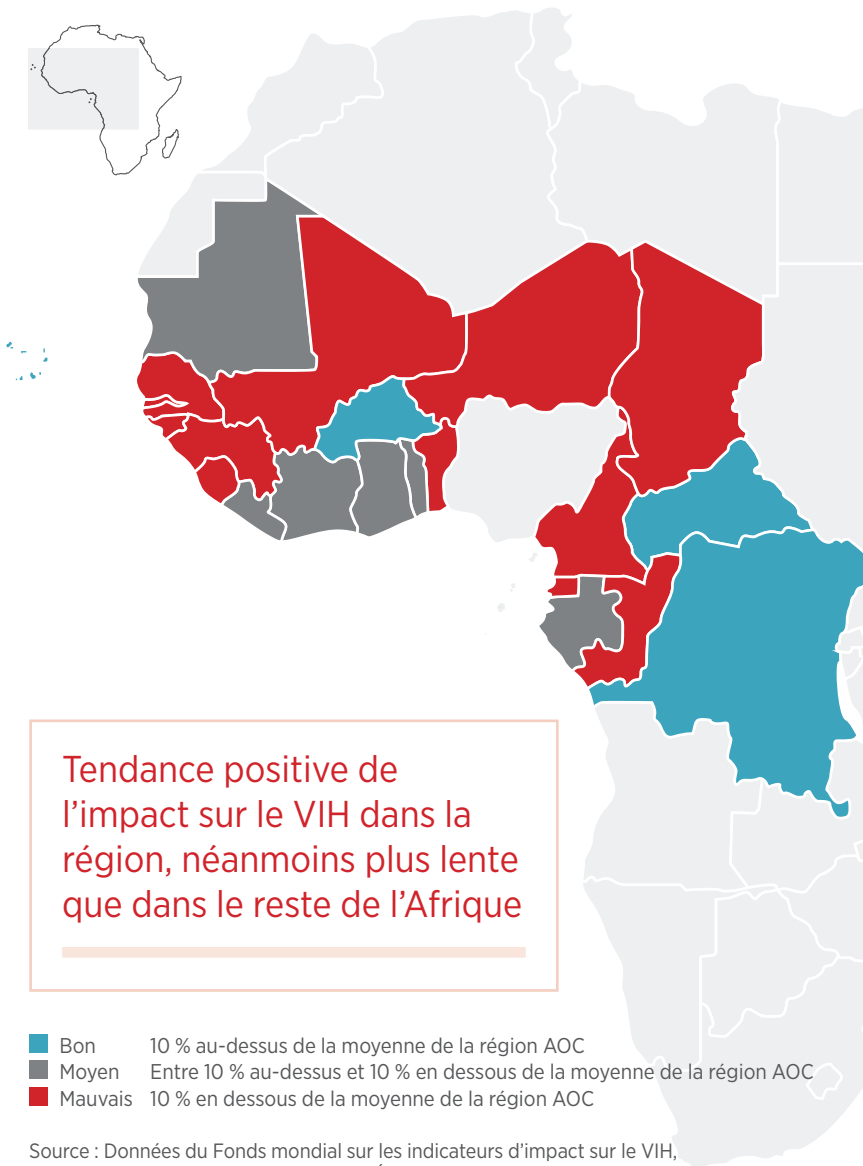
Cependant, cette baisse est inférieure au recul de 37 % observé dans le reste de l'Afrique sur la même période. Ainsi, les pays de la région subissaient 14 % des décès liés au sida dans le monde en 2017, contre 12,7 % en 2010.

La région a reçu plus de 2,7 milliards de dollars US d'investissements du Fonds mondial depuis 2002 au travers de subventions liées exclusivement au VIH, ce qui représente 14 % du budget de l'institution alloué à la maladie sur l'ensemble des portefeuilles. S'y ajoutent 0,1 milliard de dollars US alloués à des subventions VIH/tuberculose, ce qui représente 9 % des investissements de l'institution à la lutte conjointe contre ces deux maladies.



#### Évolution en pourcentage des décès liés au sida entre 2010 et 2017 dans la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
République démocratique du Congo	-22 393	-56 %
République centrafricaine	-3 952	-43 %
Burkina Faso	-2 471	-46 %
Cap-Vert	-58	-53 %
Côte d'Ivoire	-10 613	-30 %
Ghana	-4 910	-24 %
Togo	-2 248	-32 %
Libéria	-1 304	-34 %
Gabon	-304	-19 %
Mauritanie	-154	-18 %
Cameroun	-1 277	-5 %
Tchad	-605	-16 %
Sierra Leone	-322	-11 %
Niger	-289	-14 %
Gambie	-110	-9 %
Guinée-Bissau	-91	-5 %
Bénin	-85	-3 %
Sénégal	253	14 %
Congo	308	7 %
Guinée	357	7 %
Guinée équatoriale	479	33 %
Mali	1 320	26 %
<b>Total Afrique occ. et c.</b>	<b>-48 468</b>	<b>-27 %</b>
<b>Total reste de l'Afrique</b>	<b>-312 138</b>	<b>-37 %</b>



Tendance positive de l'impact sur le VIH dans la région, néanmoins plus lente que dans le reste de l'Afrique

- Bon 10 % au-dessus de la moyenne de la région AOC
- Moyen Entre 10 % au-dessus et 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC
- Mauvais 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur le VIH, tirées des données 2018 de l'ONUSIDA, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact



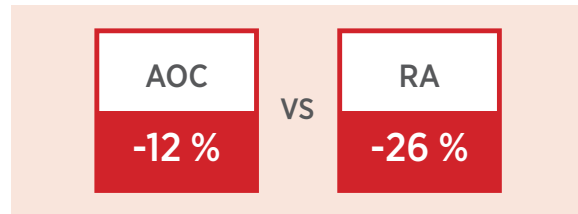


## 5.2. Résultats liés au VIH - Impact

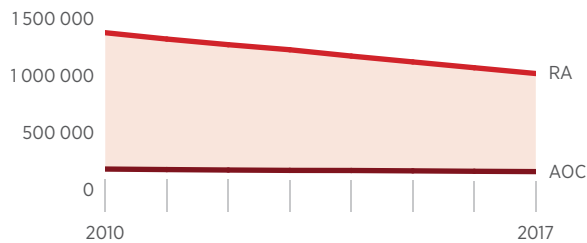
### Nouvelles infections

#### ■ Nouvelles infections

Entre 2010 et 2017, les nouvelles infections par le VIH ont chuté de 12 %.

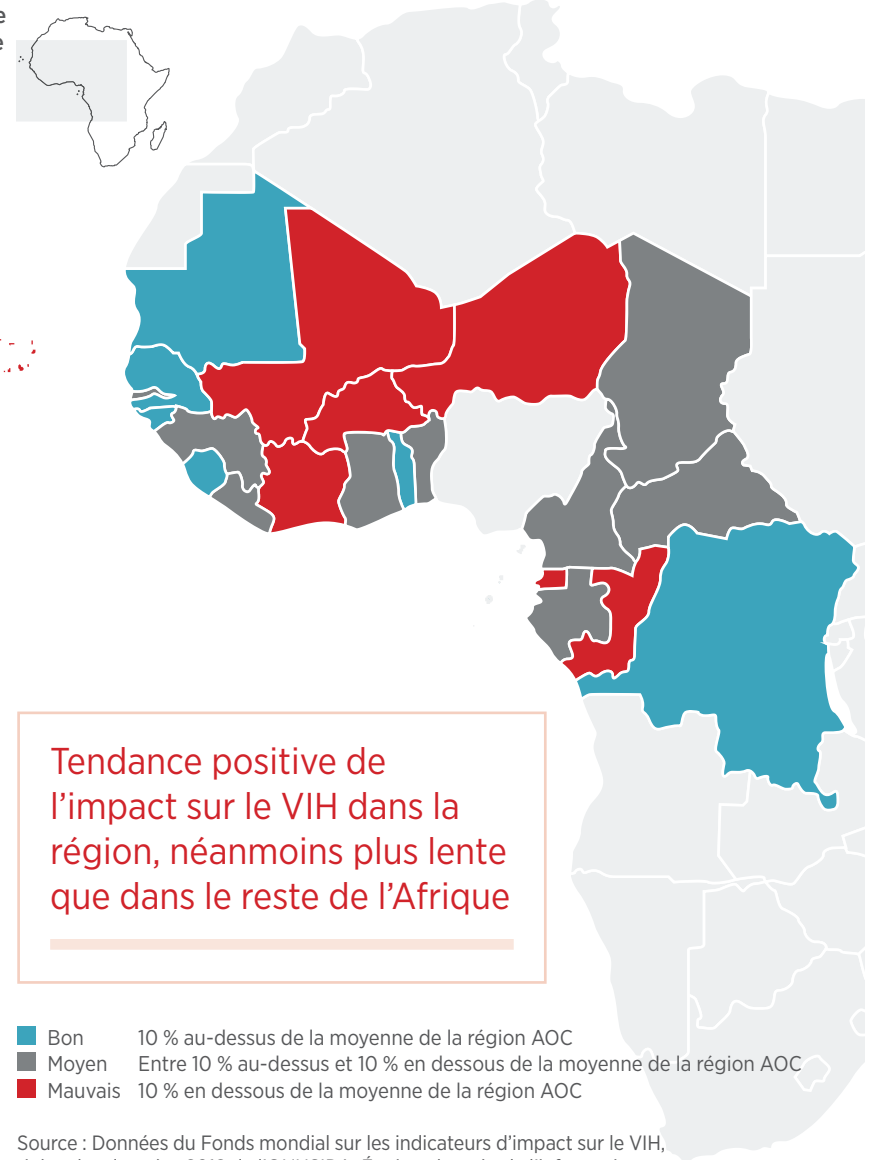


Cela représente toutefois moins de la moitié du recul de 26 % observé dans le reste de l'Afrique sur la même période. En conséquence, les pays de la région représentaient 9,2 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde en 2017, contre 8,5 % en 2010.



Évolution en pourcentage des nouvelles infections par le VIH entre 2010 et 2017 au sein de la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
République démocratique du Congo	-8 156	-35 %
Togo	-1 811	-27 %
Sierra Leone	-1 646	-34 %
Guinée-Bissau	-866	-27 %
Sénégal	-654	-30 %
Mauritanie	-162	-37 %
Cameroun	-6 419	-19 %
République centrafricaine	-1 830	-19 %
Ghana	-1 579	-8 %
Tchad	-478	-8 %
Guinée	-387	-5 %
Bénin	-326	-8 %
Gambie	-268	-16 %
Libéria	-207	-8 %
Gabon	-120	-4 %
Cap-Vert	12	11 %
Burkina Faso	44	1 %
Niger	63	4 %
Guinée équatoriale	364	10 %
Mali	580	6 %
Congo	719	10 %
Côte d'Ivoire	752	3 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>-22 375</b>	<b>-12 %</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>-357 297</b>	<b>-26 %</b>



Tendance positive de l'impact sur le VIH dans la région, néanmoins plus lente que dans le reste de l'Afrique

- Bon 10 % au-dessus de la moyenne de la région AOC
- Moyen Entre 10 % au-dessus et 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC
- Mauvais 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur le VIH, tirées des données 2018 de l'ONUSIDA, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact



## 5.2. Résultats liés au VIH – Continuum de soins

### VIH – Continuum de soins

5. RÉSULTATS

#### ■ Aperçu du continuum de soins dans la région

Depuis le lancement de la cible 90-90-90, l'Afrique occidentale et centrale est toujours distancée par le reste du continent pour chacun des trois objectifs du continuum de soins du VIH.

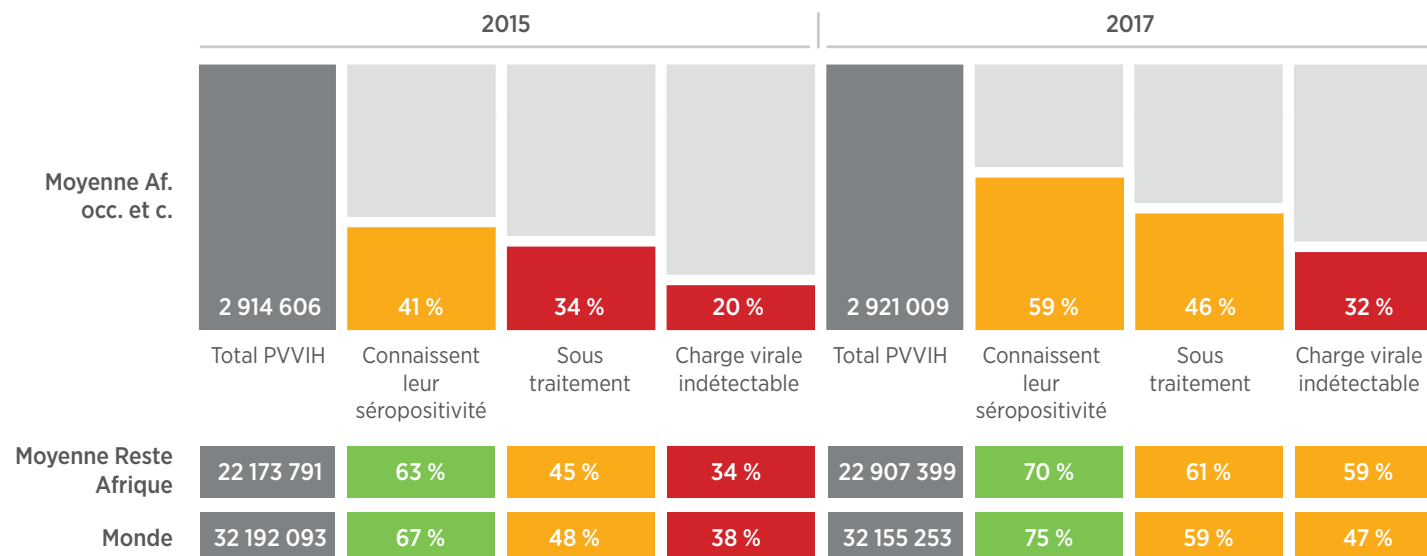
Avec un très faible niveau de départ atteignant seulement 41-34-20 en 2015, la région enregistrait pour chacune des composantes au moins dix points d'écart comparé au reste de l'Afrique (63-45-34) et à l'échelle mondiale (67-48-38).

Cependant, entre 2015 et 2017, les pays de la région ont fortement amélioré le premier des trois piliers, atteignant une couverture de 59 % en 2017, ce qui représente une hausse de 18 % en deux ans, réduisant ainsi leur écart avec le reste du continent.

Le deuxième pilier fait état d'une amélioration stable dans la région, avec une hausse de 12 % sur deux ans et un taux de couverture atteignant 46 % en 2017. Cette évolution coïncide avec les améliorations observées dans le reste de l'Afrique qui enregistre une hausse de 10 % de la couverture et un taux atteignant 61 %.

Cependant, le troisième pilier du continuum de soins du VIH dans la région accuse un retard significatif comparé aux autres pays d'Afrique. Le troisième pilier a atteint une couverture de 32 % dans la région en 2017, ce qui représente une hausse de 12 %, tandis que le reste de l'Afrique enregistrait un taux de 59 %, soit une hausse de 15 %.

Remarque : les 1er et 3e piliers enregistrent des déficits de données importants. Par exemple, douze et sept pays seulement ont communiqué des données pour ces deux piliers respectivement en 2017, et Sao Tomé-et-Principe n'en a communiqué aucune.



Moyennes non pondérées

Améliorations manifestes du continuum de soins dans la région, qui reste néanmoins distancée par les autres pays d'Afrique

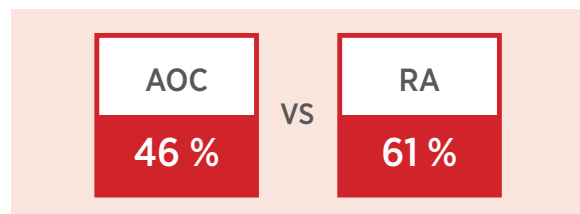


## 5.2. Résultats du VIH – Couverture d'antirétroviraux

### Couverture d'antirétroviraux

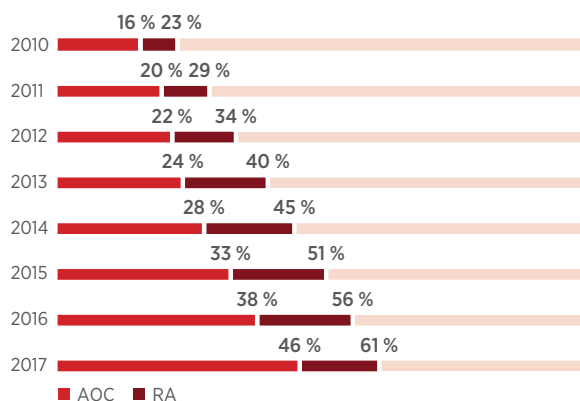
#### ■ Couverture d'antirétroviraux

En 2017, 45,7 % des PVVIH en Afrique occidentale et centrale recevaient des antirétroviraux. Ce taux est très inférieur à l'objectif de 90 % établi par l'ONUSIDA et à la couverture de 61,3 % dans le reste de l'Afrique.



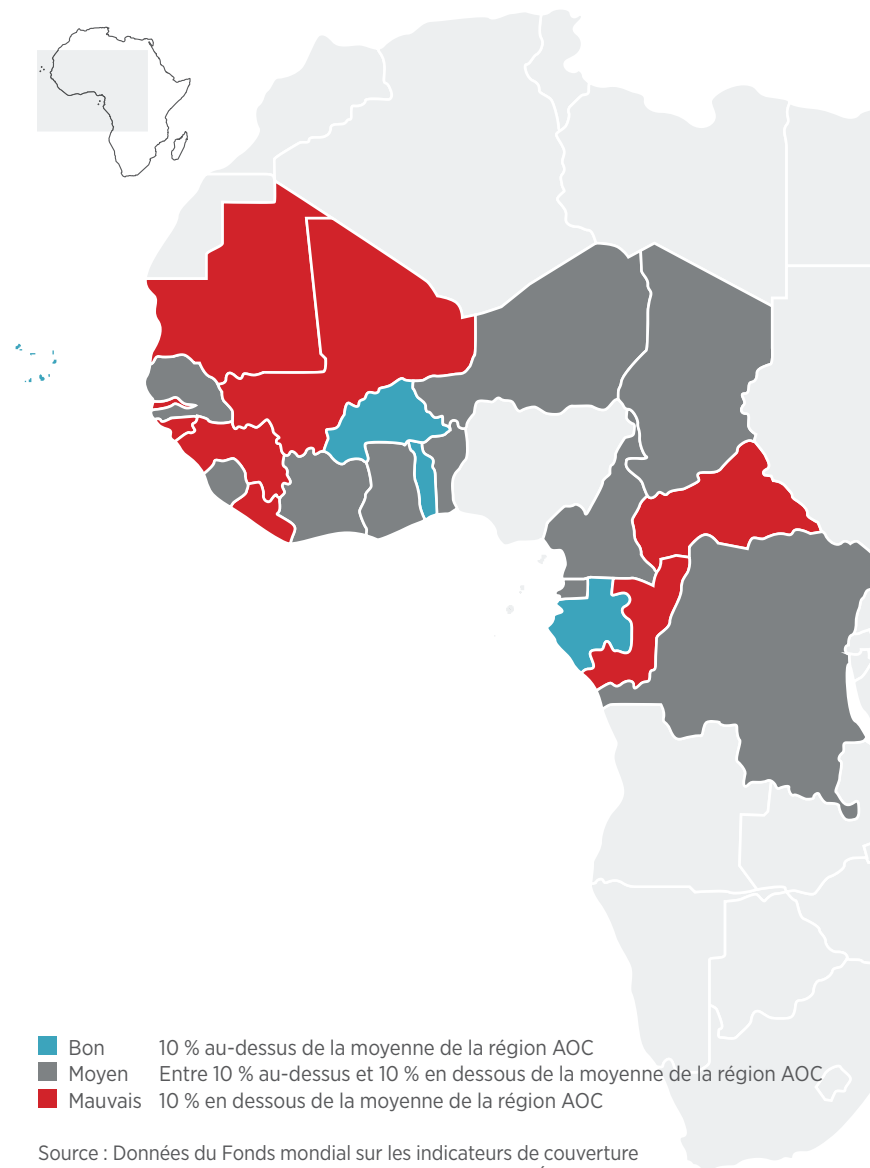
Affichant une hausse de 29,2 %, les pays de la région ont sensiblement accru la couverture d'antirétroviraux entre 2010 et 2017. Cependant, ce taux reste inférieur à la hausse de 37,9 % observée dans le reste du continent sur la même période.

La couverture d'antirétroviraux varie sensiblement entre les pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale. Les couvertures les plus importantes sont observées au Cap-Vert (75 %) et au Burkina Faso (65 %), tandis que le Libéria et le Congo peinent loin derrière à 29 %.



Pourcentage de PVVIH recevant un traitement antirétroviral entre 2010 et 2017

Pays	Couverture d'antirétroviraux la plus récente (%) en 2017	Augmentation en % de la couverture depuis 2010
Cap-Vert	74,97	48,76
Burkina Faso	65,07	32,97
Gabon	58,92	32,74
Togo	56,60	37,30
Bénin	55,25	22,27
République démocratique du Congo	54,64	45,67
Sénégal	54,07	28,63
Niger	51,77	32,52
Cameroun	49,35	32,09
Côte d'Ivoire	45,61	28,98
Tchad	45,36	15,01
Ghana	40,14	27,09
Sierra Leone	39,09	28,75
Guinée équatoriale	38,48	31,73
Guinée	35,16	15,76
Mauritanie	33,47	20,90
République centrafricaine	32,42	20,76
Gambie	32,25	21,93
Mali	32,17	10,57
Guinée-Bissau	30,24	20,03
Congo	29,09	11,45
Libéria	28,94	19,19
<b>Total</b>	<b>45,68</b>	<b>29,20</b>



Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs de couverture d'antirétroviraux, tirées des données 2018 de l'ONUSIDA, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

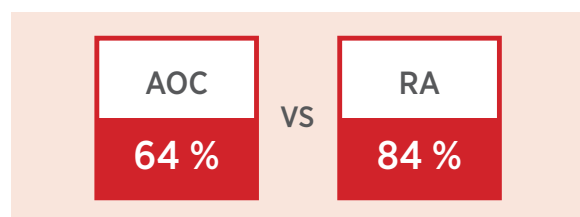


## 5.2. Résultats du VIH – Couverture de PTME

### Couverture de PTME

#### ■ Couverture de PTME

En 2017, 64 % des femmes enceintes vivant en Afrique occidentale et centrale ont reçu des antirétroviraux en prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. C'est beaucoup moins que les 84 % observés dans le reste de l'Afrique.

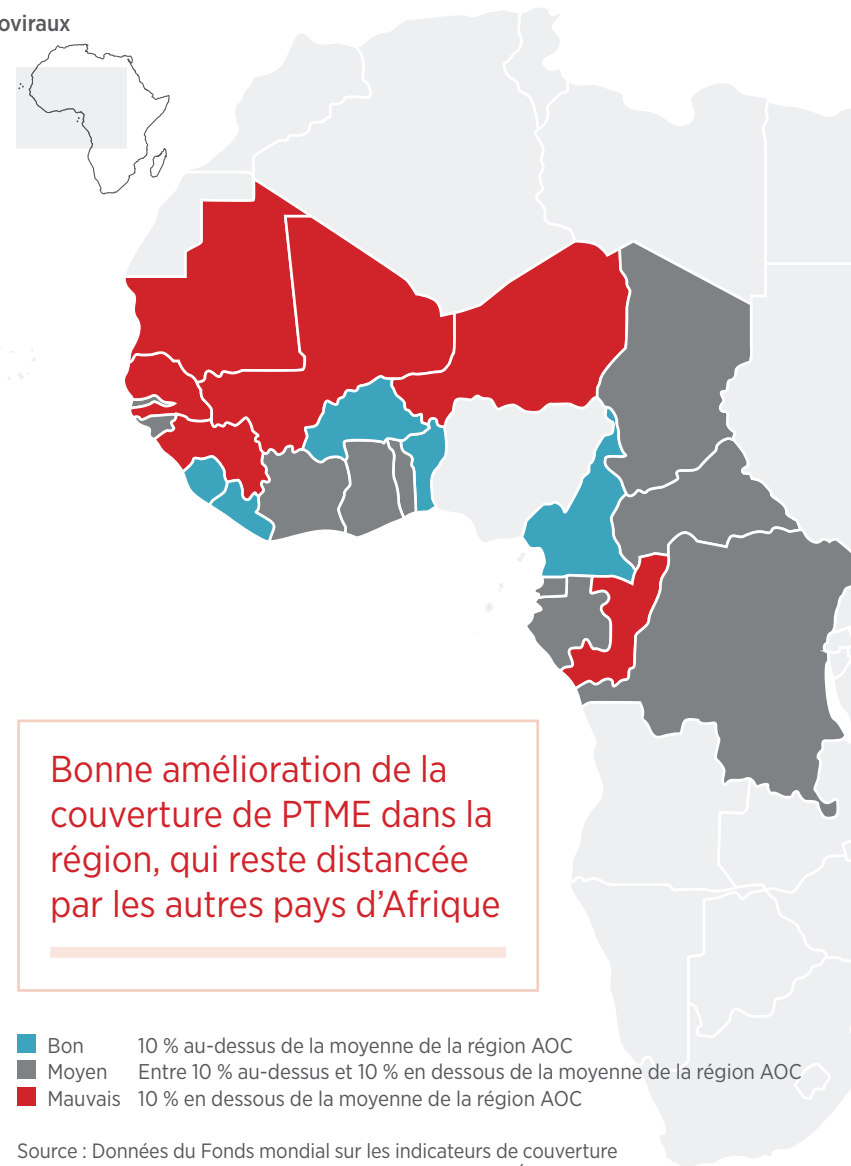


Affichant une hausse de 35 %, les pays de la région ont sensiblement accru la couverture de PTME entre 2010 et 2017. Cette hausse est supérieure à celle de 29 % observée dans le reste du continent sur la même période.

La couverture de PTME varie sensiblement entre les pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale, avec en première place le Burkina Faso (92 %) et la Sierra Leone (89 %), tandis que la Mauritanie et le Congo arrivent loin derrière avec 12 % et 11 % respectivement.

Pourcentage de femmes enceintes recevant des antirétroviraux à titre de prévention de la transmission du VIH

Pays	Couverture de PTME la plus récente (%) en 2017	Augmentation en % de la couverture depuis 2010
Burkina Faso	-92 %	46 %
Sierra Leone	89%	54%
Libéria	86 %	59 %
Bénin	83 %	67 %
Cameroun	77 %	35 %
Côte d'Ivoire	70 %	29 %
Tchad	68 %	47 %
Ghana	66 %	34 %
Togo	66 %	33 %
Gambie	65 %	10 %
Guinée-Bissau	65%	49%
Guinée équatoriale	64 %	47 %
Gabon	64 %	35 %
République démocratique du Congo	59 %	53 %
République centrafricaine	56 %	22 %
Sénégal	53 %	30 %
Niger	43 %	3 %
Guinée	38 %	20 %
Mali	31 %	-4 %
Mauritanie	12 %	4 %
Congo	11 %	0 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>64 %</b>	<b>35 %</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>84 %</b>	<b>29 %</b>



Exclusion du Cap Vert pour manque d'information

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs de couverture d'antirétroviraux, tirées des données 2018 de l'ONUSIDA, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

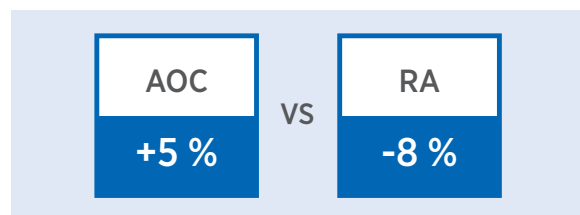


## 5.3. Résultats liés à la tuberculose - Impact

### Décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues)

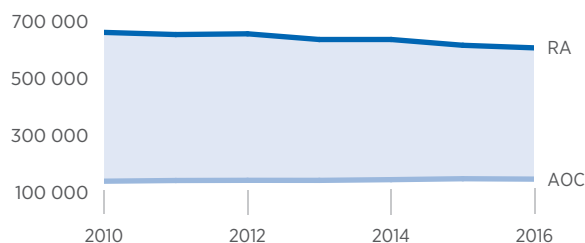
#### ■ Décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues)

Selon les résultats des derniers rapports, la région de l'Afrique occidentale et centrale a enregistré une hausse de 5 % du nombre annuel de décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues) depuis 2010. Cette évolution contraste avec le reste du continent, qui enregistre un déclin de 8 %.



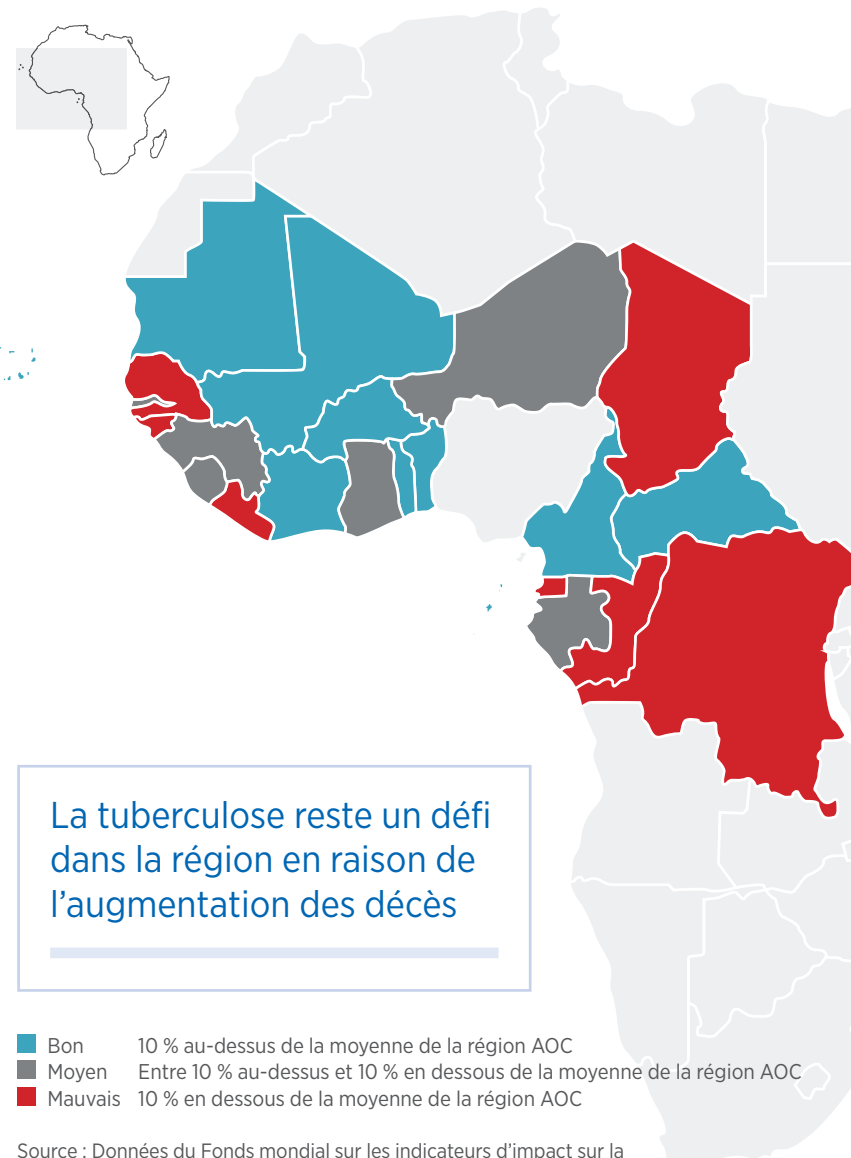
Ainsi, les pays de la région ont augmenté leur contribution au nombre total de décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues) dans le monde, de 7 % en 2010 à 9 % en 2016.

La région a reçu plus de 0,6 milliard de dollars US d'investissements du Fonds mondial depuis 2002 au travers de subventions liées exclusivement à la tuberculose, ce qui représente 9 % du budget de l'institution alloué à la maladie sur l'ensemble des portefeuilles. S'y ajoutent 0,1 milliard de dollars US alloués à des subventions VIH/tuberculose, ce qui représente 9 % des investissements de l'institution à la lutte conjointe contre ces deux maladies.



Évolution en pourcentage du nombre de décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues) entre 2010 et 2016 dans la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
Cameroun	-4 000	-24
République centrafricaine	-2 300	-31
Côte d'Ivoire	-1 600	-16
Togo	-720	-60
Mali	-400	-18
Burkina Faso	-400	-17
Mauritanie	-220	-18
Cap-Vert	-27	-34
Sao Tomé-et-Principe	-15	-58
Bénin	-100	-7
Ghana	0	0
Gambie	30	5
Niger	100	2
Gabon	100	5
Guinée	200	4
Sierra Leone	500	13
Guinée équatoriale	310	124
Guinée-Bissau	400	18
Sénégal	900	26
Congo	1 000	24
Libéria	1 200	48
Tchad	1 300	29
République démocratique du Congo	11 000	22
<b>Total Afrique occ. et c.</b>	<b>7 258</b>	<b>5</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>-54 049</b>	<b>-8</b>



Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur la tuberculose, tirées des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

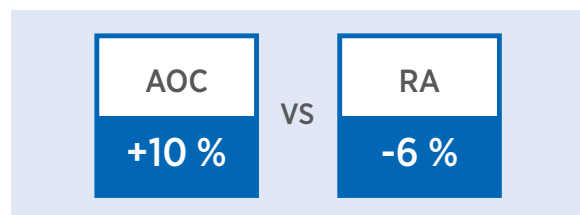


## 5.3. Résultats liés à la tuberculose - Impact

### Incidence de la tuberculose (toutes formes confondues)

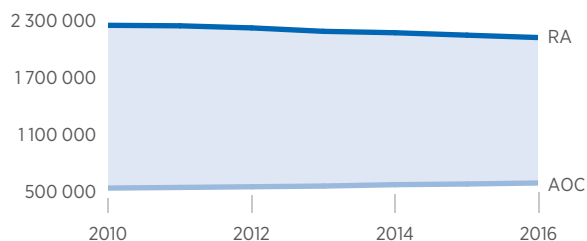
#### ■ Incidence de la tuberculose (toutes formes confondues)

Entre 2010 et 2016, l'incidence annuelle de la tuberculose dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale a augmenté de 10 %. Cette évolution contraste avec le reste du continent, qui enregistre un déclin de 6 %. Cela étant, les résultats varient selon les pays de la région.



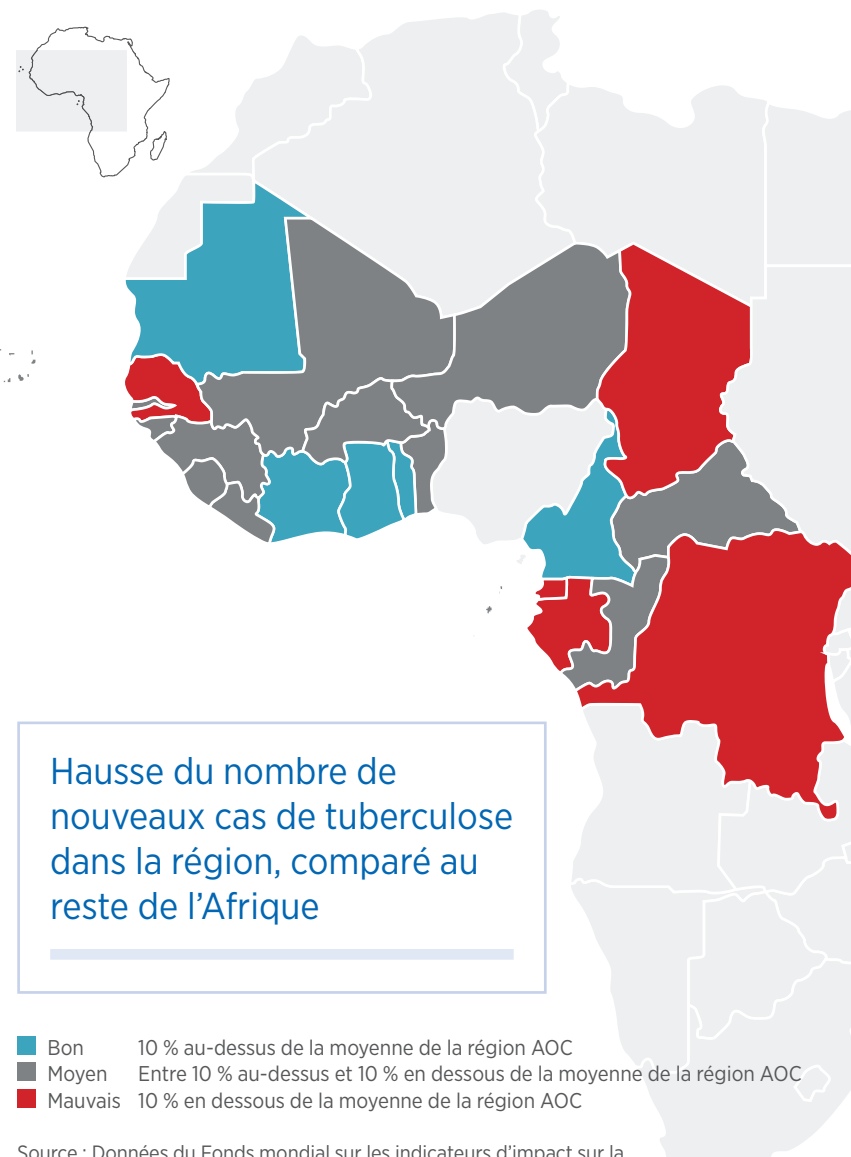
Ainsi, les pays de la région ont augmenté leur contribution au nombre total de décès liés à la tuberculose dans le monde, de 5 % en 2010 à 6 % en 2016.

Même si l'incidence annuelle de la tuberculose dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale a augmenté, cette hausse est essentiellement due à la RDC qui enregistre une hausse de 43 000 cas.



Évolution en pourcentage de l'incidence de la tuberculose (tous cas confondus) entre 2010 et 2016 dans la population générale

Pays	Évolution (abs.)	Évolution (%)
Côte d'Ivoire	-4 000	-10
Cameroun	-4 000	-8
Togo	-1 400	-29
Ghana	-1 000	-2
Mauritanie	-500	-10
Cap-Vert	0	0
République centrafricaine	0	0
Niger	0	0
Sao Tomé-et-Principe	30	18
Bénin	100	2
Burkina Faso	300	3
Mali	500	5
Gambie	500	17
Guinée-Bissau	1 000	17
Guinée	2 000	10
Sierra Leone	2 000	10
Congo	2 000	12
Libéria	2 000	17
Guinée équatoriale	1 000	83
Gabon	1 800	23
Tchad	4 000	22
Sénégal	4 000	22
République démocratique du Congo	43 000	20
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>53 330</b>	<b>10</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>-128 340</b>	<b>-6</b>



Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs d'impact sur la tuberculose, tirées des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

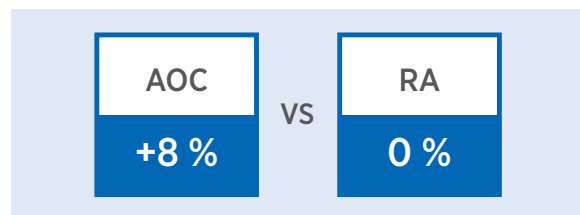


## 5.3. Résultats liés à la tuberculose – Cas manquants

### Cas manquants de tuberculose

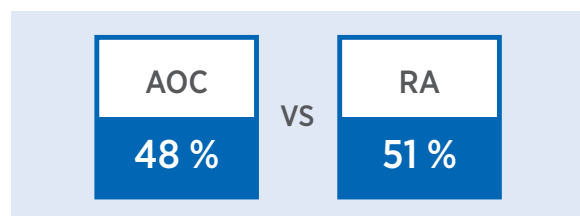
#### ■ Cas manquants de tuberculose – évolution

Entre 2010 et 2016, le nombre annuel de cas de tuberculose manquant à l'appel dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale a augmenté de 8 %. Cette évolution contraste avec le reste du continent, qui enregistre une évolution nulle. Cela étant, les résultats varient selon les pays de la région. En 2016, 284 000 cas de tuberculose manquaient à l'appel dans les pays de la région. Ils sont pour l'essentiel concentrés en RDC (123 000), au Ghana (30 000) et au Cameroun (22 000).



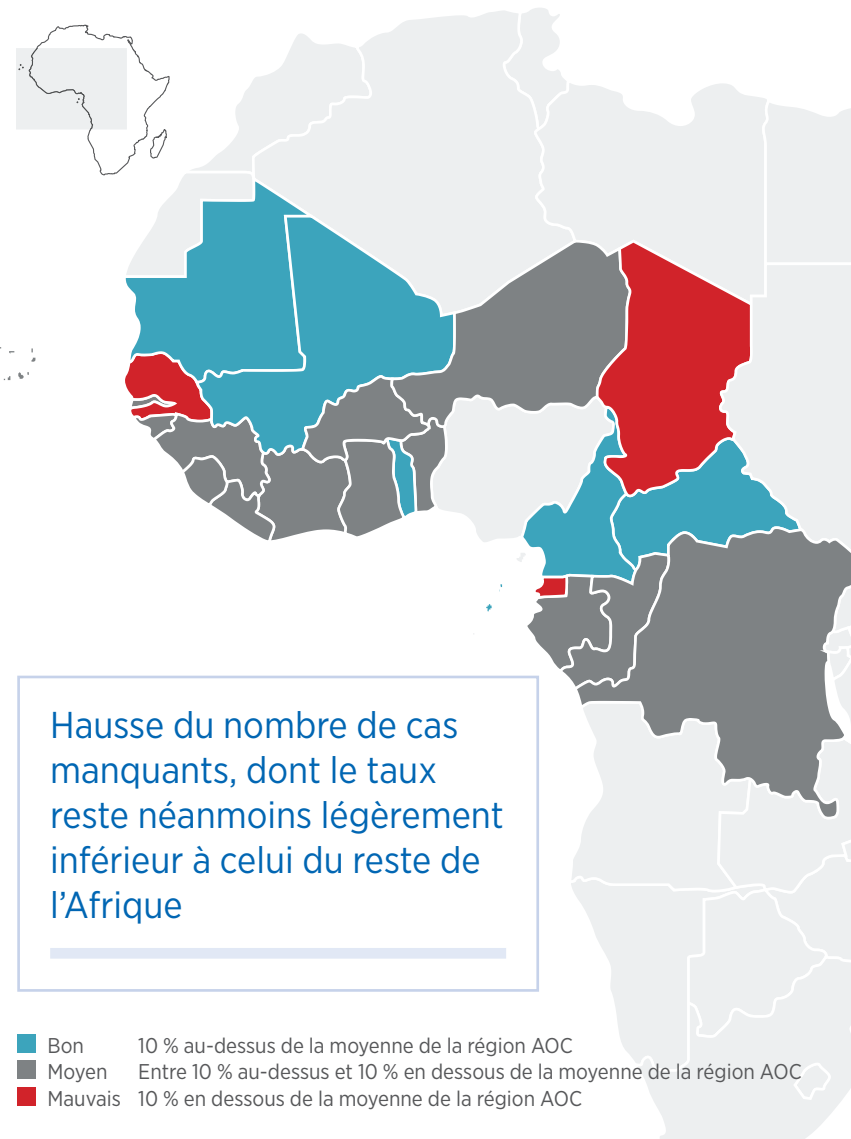
#### ■ Cas manquants de tuberculose en pourcentage de l'estimation du nombre de cas

Les 284 000 cas manquants représentent 48 % du nombre total de cas de tuberculose en 2016 selon les estimations. Cette proportion reste inférieure à celle du reste de l'Afrique, dont les 1,1 million de cas manquants en 2016 représentent 51 % du nombre total de cas selon les estimations. Cependant, plusieurs pays de la région, à l'instar du Ghana (68 %), possèdent un taux de cas manquants nettement supérieur au regard du nombre total de cas.



Nombre de cas manquants de tuberculose entre 2010 et 2016

Pays	Évolution (%)	en % du nombre de cas estimé
Sao Tomé-et-Principe	-76 %	6 %
Togo	-65 %	21 %
République centrafricaine	-30 %	29 %
Mali	-23 %	32 %
Cameroun	-20 %	35 %
Mauritanie	-16 %	36 %
Côte d'Ivoire	-15 %	39 %
Burkina Faso	-13 %	40 %
Ghana	-2 %	41 %
Bénin	-1 %	41 %
Gambie	-1 %	42 %
Gabon	1 %	43 %
Niger	2 %	45 %
Guinée	4 %	45 %
Sierra Leone	10 %	46 %
Congo	25 %	47 %
Guinée-Bissau	26 %	48 %
République démocratique du Congo	27 %	49 %
Libéria	28 %	49 %
Cap-Vert	28 %	51 %
Tchad	31 %	67 %
Sénégal	31 %	67 %
Guinée équatoriale	103 %	68 %
<b>Afrique occ. et c.</b>	<b>8 %</b>	<b>48 %</b>
<b>Reste de l'Afrique</b>	<b>0 %</b>	<b>51 %</b>



Hausse du nombre de cas manquants, dont le taux reste néanmoins légèrement inférieur à celui du reste de l'Afrique

- Bon 10 % au-dessus de la moyenne de la région AOC
- Moyen Entre 10 % au-dessus et 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC
- Mauvais 10 % en dessous de la moyenne de la région AOC

Source : Données du Fonds mondial sur les indicateurs relatifs aux nombres de cas de tuberculose signalés et estimés, tirées des données 2017 de l'OMS, Équipe chargée de l'information stratégique, Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact

# Résultats financiers

## Absorption par les pays

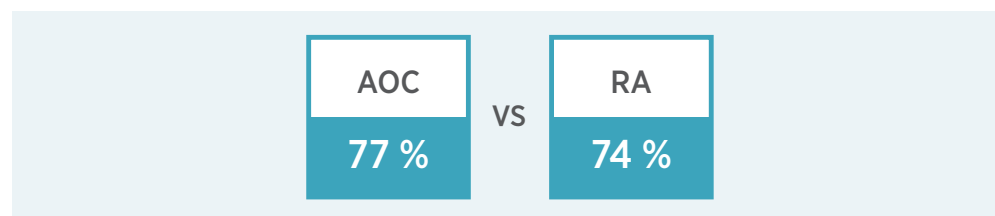
## 5. RÉSULTATS

### Absorption (au vu des données 2014/2017)

Absorption par les pays - monde	71 %
Absorption par les pays - Reste de l'Afrique	74 %
Absorption par les pays - Afrique occ. et c.	77 %

### ■ Absorption par les pays :

Avec un taux d'absorption de 77 %, la région de l'Afrique occidentale et centrale devance le reste de l'Afrique (74 %) et la moyenne à l'échelle mondiale (71 %).



Cependant, les pays de la région enregistrent des taux très inégaux et certains sont très loin de la moyenne de la région. Même si des pays comme le Sénégal, le Ghana, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire obtiennent de bons taux d'absorption, d'autres comme la Guinée, la Mauritanie et le Libéria s'en sortent nettement moins bien.

L'absorption financière dans la région est supérieure à celle du reste de l'Afrique et à la moyenne mondiale

### Absorption par les pays 2014/2017

Côte d'Ivoire	97 %
Sénégal	94 %
Burkina Faso	93 %
Ghana	92 %
Sao Tomé-et-Principe	92 %
Congo (République démocratique)	87 %
République centrafricaine	85 %
Cap-Vert	84 %
Guinée-Bissau	83 %
Cameroun	80 %
Togo	79 %
Congo	74 %
Gambie	74 %
Niger	69 %
Bénin	61 %
Tchad	61 %
Mali	59 %
Sierra Leone	54 %
Libéria	42 %
Guinée	33 %
Mauritanie	28 %
Guinée équatoriale	
Gabon	

Source : Données du Fonds mondial sur l'absorption par les pays 2014/2017, en juillet 2018, Équipe chargée des finances - Département Finances, informatique, achats et administration



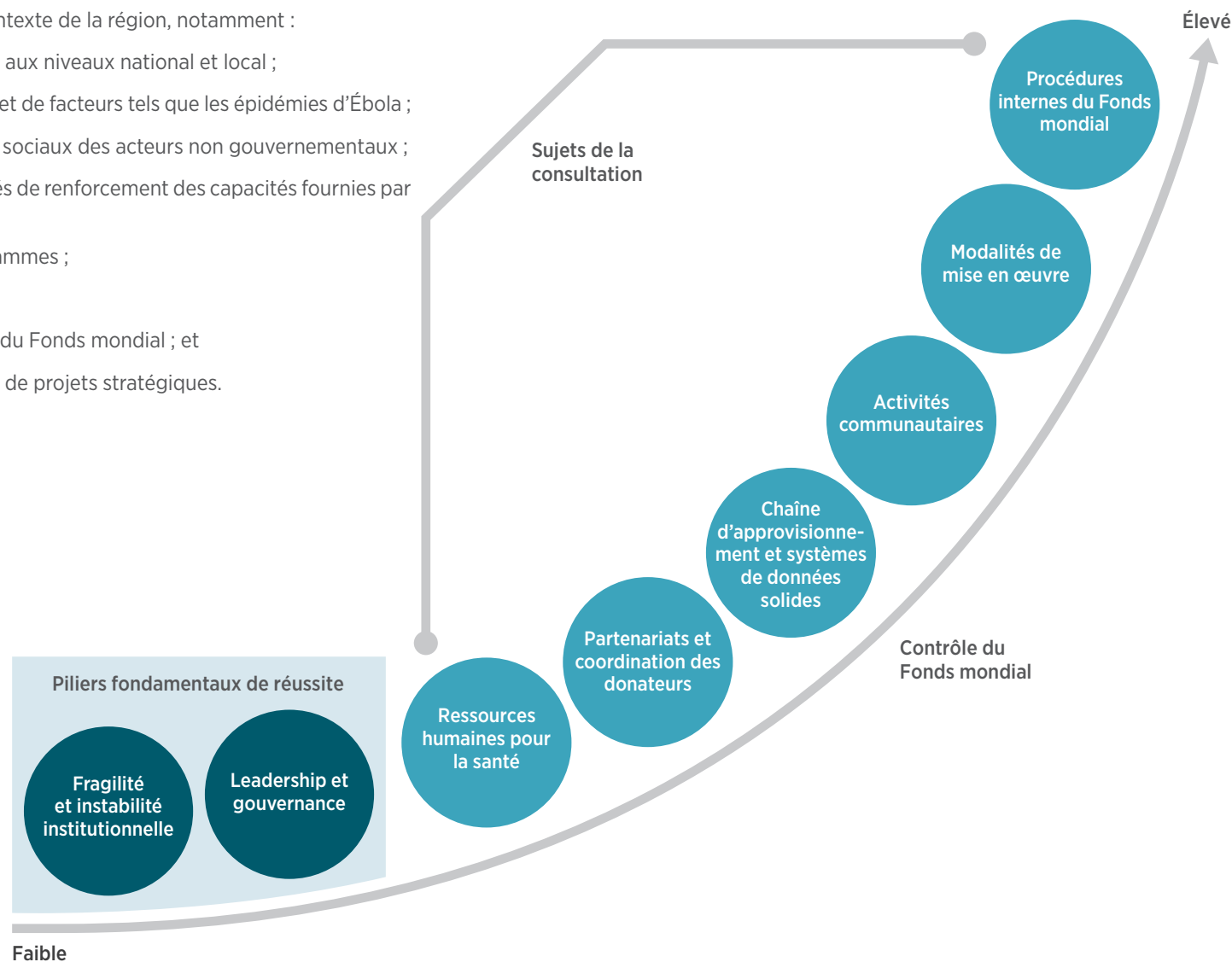
# Résultats régionaux

## Facteurs clés d'obtention de bons résultats en Afrique occidentale et centrale

### 5. RÉSULTATS

De nombreux facteurs influent sur les résultats dans le contexte de la région, notamment :

- la collaboration et la coordination entre les partenaires aux niveaux national et local ;
- l'instabilité du gouvernement et la présence de conflits et de facteurs tels que les épidémies d'Ébola ;
- la stigmatisation et la discrimination comme obstacles sociaux des acteurs non gouvernementaux ;
- l'appui technique à court et à long termes, et les activités de renforcement des capacités fournies par les partenaires ;
- la capacité des systèmes de santé à soutenir les programmes ;
- le choix des maîtres d'œuvre et les flux financiers ;
- l'impact des investissements, politiques et procédures du Fonds mondial ; et
- le soutien du Fonds mondial sous forme d'initiatives et de projets stratégiques.



# Table des matières

## 3. Région difficile

PAGES 12 à 18



3.1. FAIBLE MARGE BUDGÉTAIRE



3.2. FAIBLE FINANCEMENT DE LA SANTÉ



3.3. DÉFICITS DE FINANCEMENT IMPORTANTS



3.4. SYSTÈMES DE SANTÉ PEU DÉVELOPPÉS



3.5. ENVIRONNEMENT FRAGILE

## 4. Investissements du Fonds mondial

PAGES 20 à 24



4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES



4.2. CAPITAL HUMAIN



4.3. INITIATIVES STRATÉGIQUES

## 5. Résultats

PAGES 26 à 41



5.1. PALUDISME

■ RÉDUCTION DE 31 % DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU PALUDISME ENTRE 2010 ET 2016



5.2. VIH

■ RÉDUCTION DE 27 % DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA ENTRE 2010 ET 2017



5.3. TUBERCULOSE

■ HAUSSE DE 5 % DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE ENTRE 2010 ET 2016

## 6. Domaines clés

PAGES 43 à 88



6.1. PROCÉDURES DU FONDS MONDIAL



6.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE



6.3. APPUI TECHNIQUE ET SYSTÈMES RESISTANTS ET PÉRENNES POUR LA SANTÉ (SRPS)



6.4. ACCÈS À LA SANTÉ



6.5. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS CLÉS DU RAPPORT CONSULTATIF



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### Introduction :

En tant qu'institution financière, le Fonds mondial a établi diverses politiques et procédures afin de soutenir le financement de ses subventions. Elles visent à garantir la mise en œuvre efficace des activités tout en protégeant les investissements financiers du Fonds. Ces deux aspects sont essentiels à la réussite du Fonds mondial et s'entretiennent. Pour être réussie, la mise en œuvre des programmes doit s'appuyer sur des procédures tout à la fois simples, souples et solides, pouvant être adaptées au contexte de chaque pays. Cela est d'autant plus vrai dans le contexte du Fonds mondial qui, ne possédant pas de bureau dans les pays, s'appuie largement sur les maîtres d'œuvre locaux dont les capacités et les ressources sont souvent limitées.

La région de l'Afrique occidentale et centrale est un contexte présentant des risques élevés, caractérisé par des instabilités politiques, des faiblesses institutionnelles et une faible capacité des maîtres d'œuvre. **Depuis 2012, près de 70 % des pays de la région figurent systématiquement dans le dernier quartile de la liste des États les plus fragiles\***.

L'efficacité de mise en œuvre des programmes dans ces pays à haut risque est essentielle pour que le Fonds mondial ait un impact à l'échelle mondiale. De fait, ces pays représentent 22 % de la charge de morbidité du paludisme dans le monde. Le Fonds a établi deux politiques clés, la Politique de sauvegarde supplémentaire (2014) et la Politique relative aux contextes d'intervention difficiles (2016), aux fins de préserver ses investissements financiers et d'assouplir la gestion des subventions dans les contextes à haut risque.

Depuis 2015, il est également actif dans la région afin de résoudre les difficultés de mise en œuvre et d'absorption des fonds.

2015

- Atelier régional à Abidjan sur l'Afrique occidentale et centrale, visant à éliminer les causes profondes liées à la faible absorption des fonds
- Lancement de l'initiative de mise en œuvre par le partenariat dans 10 pays de la région
- Atelier régional à Dakar sur l'Afrique occidentale et centrale, visant à lever les obstacles programmatiques

2016

- Adoption de la politique relative aux contextes d'intervention difficiles touchant 10 pays de la région. Une ressource supplémentaire mise à disposition de certains portefeuilles aux contextes d'intervention difficiles
- Différentiation par le Secrétariat des ressources internes allouées aux portefeuilles-pays « high impact », « core » et « focused » selon la charge de morbidité et le contexte du pays
- Lancement de la stratégie de soutien aux pays de la région, comprenant des stratégies spécifiques à une maladie
- Reprogrammation du budget du nouveau modèle de financement au vu des résultats 2016 afin de réaliser des gains d'efficacité et de l'aligner sur la stratégie de lutte contre les maladies dans la région
- Validation par le Conseil d'administration des investissements à effet catalyseur, dont 58 millions de dollars US pour 10 pays de la région

2017

- Création de l'équipe d'appui aux contextes d'intervention difficiles
- Lancement du projet Co-Link visant à renforcer la gestion financière par les pays, dans 18 pays de la région

2018

- Lancement du projet d'évolution des instances de coordination nationale, visant à renforcer la capacité de gouvernance et de suivi stratégique des programmes du Fonds mondial dans cinq pays de la région
- Reclassification du Burkina Faso et du Mali de pays « core » à pays « high impact »
- Examens succincts de la chaîne d'approvisionnement dans 11 pays de la région

\* Indice des États fragiles 2017



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### Difficultés :

#### 6.1.1. La politique relative aux contextes d'intervention difficiles n'étant pas pleinement déployée, les politiques et procédures standard du Fonds mondial régissent toujours la mise en œuvre dans les pays difficiles de la région.

La politique relative aux contextes d'intervention difficiles a été adoptée par le Conseil d'administration en avril 2016 et mise en œuvre au travers d'une note de politique opérationnelle en 2017. Ces documents déterminent les pays classés dans les contextes d'intervention difficiles. Ils visent à améliorer l'efficacité de mise en œuvre des subventions dans les contextes d'intervention difficiles au moyen d'innovations, d'une plus grande souplesse, de partenariats et d'un meilleur suivi stratégique. **La moitié des 22 pays de la région sont classés dans les contextes d'intervention difficiles** (voir l'illustration 4 page 48). Ils représentent environ 40 % de tous les pays du portefeuille du Fonds mondial appartenant à cette catégorie. La politique est opérationnelle depuis deux ans déjà, mais les souplesses attendues ne sont pas encore appliquées efficacement, que ce soit pendant l'établissement des subventions ou pendant la mise en œuvre.

#### 6.1.1. - 1. Établissement des subventions

##### a) Les demandes de financement ne tirent pas suffisamment parti des souplesses accordées aux contextes d'intervention difficiles

Le Fonds mondial a adapté la procédure de demande de financement aux contextes d'intervention difficiles pour le cycle de financement 2017/2019. Cette démarche taillée sur mesure simplifie de nombreux aspects de la procédure :

- Remplacement de la note conceptuelle détaillée standard par une demande simplifiée d'accès aux financements présentée par l'instance de coordination nationale.
- Examen du Comité technique selon des critères spécifiques, et centrage sur des domaines prioritaires propres aux contextes d'intervention difficiles.
- Un seul examen du Comité d'approbation des subventions au lieu de deux.

Cependant, 40 % seulement des subventions aux contextes d'intervention difficiles ont tiré parti de ces souplesses. Cela est essentiellement dû à un manque d'assimilation des modifications importantes apportées à la procédure de demande de financement entre les deux cycles d'allocation, et à un manque de compréhension des implications et des souplesses liées à la procédure de candidature simplifiée pour les contextes d'intervention difficiles. De fait, les pays sont informés de leur classement dans les contextes d'intervention difficiles, sans pour autant savoir comment l'intégrer dans la préparation de leurs demandes de financement.

31% des sondés estiment que les programmes du Fonds mondial ne tiennent pas suffisamment compte des complexités des pays.

Les orientations relatives à l'examen des demandes de financement des contextes d'intervention difficiles n'en sont qu'à leurs prémices et les commentaires du Comité technique d'examen des propositions couvrent de nombreux domaines. Même si les souplesses offertes par cette procédure sont globalement appréciées, le Comité reconnaît les limites de la procédure d'examen y afférente. Il note en particulier que le modèle d'examen actuel ne tient pas compte de la diversité des types et des capacités des contextes d'intervention difficiles.

« Je ne suis pas certain que la catégorie des contextes d'intervention difficiles ait donné lieu à des modalités réellement différentes. Je pense que nous pourrions donner davantage d'instructions au Comité technique sur les filtres à appliquer aux examens. Ainsi, nous n'exigeons pas de pérennité complète à un pays touché par un conflit. »

Membre du Comité technique d'examen des propositions



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### b) Nécessité d'adapter le dialogue au niveau du pays aux réalités locales et aux difficultés des contextes d'intervention difficiles

Les modalités du dialogue au niveau du pays doivent intégrer efficacement le contexte et les difficultés du pays dans la conception du programme. Le Comité technique note que souvent, les candidats ne décrivent pas clairement le contexte et les difficultés spécifiques auxquels ils sont confrontés dans leur contexte d'intervention difficile, et comment ils y feront face. En conséquence, plusieurs candidats ont dû revoir leur demande de financement, affectant directement l'accès aux financements en temps opportun :

- Délai moyen entre l'envoi de la demande de financement et l'approbation du Conseil d'administration à l'échelle du portefeuille du Fonds : 7,7 mois
- Les demandes des contextes d'intervention difficiles sont approuvées nettement plus tardivement : 15,1 mois pour le Tchad, 10,8 mois pour le Congo, 9,9 mois pour la République centrafricaine et la Guinée, 8,5 mois pour la RDC, le Libéria et le Niger.

Ces retards ont un effet indirect sur la mise en œuvre des subventions, notamment sur la sélection des sous-récepteurs et la signature des contrats. Le recrutement de sous-récepteurs exige de quatre mois à vingt-et-un mois dans certains cas. Ainsi, la Sierra Leone a signé le contrat des sous-récepteurs 8 mois après le début d'une subvention, la Mauritanie après 14 mois et le Mali après 21 mois. Dans le cas d'une subvention triennale standard, ces retards peuvent entraîner la perte d'un tiers de la période de mise en œuvre. Afin de prévenir les risques d'interruption de services essentiels, le Fonds mondial accorde alors une prorogation de subvention. Cependant, ces prorogations restent limitées car les capacités du pays à intensifier les interventions programmatiques sont elles-mêmes limitées.

« La conception des programmes est largement impactée par les règles et principes du Fonds mondial. En conséquence, les programmes sont conçus pour répondre aux règles et attentes du Fonds, plutôt qu'aux besoins et aux attentes réels du pays. »

Maître d'œuvre au Mali

#### c) Conception et priorités des programmes des contextes d'intervention difficiles

Deux ans après l'adoption de la politique relative aux contextes d'intervention difficiles, il reste à établir des orientations spécifiques afin de simplifier les procédures du Fonds mondial y afférant pour que les programmes puissent se centrer sur les priorités clés des pays visés.

Les sections relatives à la description de programme, au cadre de résultats et au budget du programme font partie de l'accord de subvention entre le Fonds mondial et le récipiendaire principal, et servent de fondement à l'évaluation et au suivi des résultats de la subvention. Aussi est-il essentiel que ces éléments reflètent les difficultés du pays et ciblent les domaines prioritaires. Les opportunités d'améliorations sont présentées ci-après :

- Simplification et hiérarchisation de l'établissement des objectifs programmatiques et du cadre de résultats pour les contextes d'intervention difficiles.
- Réduction du nombre d'interventions évaluées par les indicateurs de couverture inclus dans le cadre de résultats ; celles-ci restent exhaustives et souvent plus nombreuses que pour les pays non classés dans les contextes d'intervention difficiles. Par exemple, les contextes d'intervention difficiles de la région de l'Afrique occidentale et centrale comptent en moyenne 14 indicateurs de couverture, contre 11 pour les autres pays de la région. À titre d'illustration, une des subventions du Mali possède à elle seule 36 indicateurs de couverture.
- Réduction du nombre de mesures de suivi du plan de travail, qui sont traditionnellement incorporées dans le cadre de résultats afin de suivre les composantes de mise en œuvre non couvertes par les indicateurs de résultats standards. Les contextes d'intervention difficiles comptent en moyenne 31 mesures de suivi du plan de travail, et jusqu'à 65 dans le cas du Mali et du Tchad. À titre de comparaison, les autres pays de la région possèdent en moyenne 14 mesures de suivi du plan de travail.



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### ILLUSTRATION 1 :

**Différences limitées dans la conception des subventions entre les contextes d'intervention difficiles et les autres pays**

#### Moyenne des exigences par subvention



#### Moyenne des mesures de suivi du plan de travail



#### Moyenne des indicateurs de couverture



Le manque d'établissement de priorités en matière d'intervention, l'absence de priorisation dans le cadre de résultats et le suivi fragmenté des multiples produits de travail entraînent des complications majeures. Celles-ci risquent ensuite d'alourdir la responsabilité des maîtres d'œuvre et limitent les opportunités de concentration sur les domaines prioritaires susceptibles de produire l'impact programmatique le plus fort. Cette situation peut affecter la qualité du suivi stratégique du portefeuille par l'équipe de pays, et la capacité de celle-ci à focaliser son attention et les ressources sur les résultats attendus clés et les difficultés les plus grandes.

### 6.1.1. - 2. Pendant la mise en œuvre

#### a) Lourdeur du cadre et des outils de communication de l'information

Le Fonds mondial utilise plusieurs outils et rapports pour suivre la mise en œuvre des subventions. Cependant, ces procédures sont strictement identiques pour tous les pays, qu'ils soient ou non qualifiés comme contextes d'intervention difficiles. Malgré plusieurs simplifications, elles restent complexes et lourdes. Le Bureau de l'Inspecteur général avait déjà relevé ce point dans un audit de 2017 sur les procédures de suivi des subventions ainsi que dans un audit de 2018 sur les procédures de suivi des portefeuilles centrés. Pour les contextes d'intervention difficiles possédant de faibles capacités, cela représente un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre. Ces pays doivent fournir un nombre important de rapports et déployer de nombreuses activités afin de satisfaire aux exigences du Fonds mondial, comme l'illustre le tableau ci-après.

### ILLUSTRATION 2 :

**Nombre et fréquence des rapports et outils utilisés à des fins de suivi des subventions, applicables aux contextes d'intervention difficiles**

Fréquence	Rapport	
<b>Annuellement</b>	Audits externes des donateurs	Rapport fiscal
	Audits externes des ministères de la Santé et des ministères des Finances	Audits externes du Fonds mondial Évaluation des structures de santé
	Évaluation de la qualité des données	
<b>Semestriellement</b>	Rapport sur les résultats programmatiques et financiers actuels	
	Examen des résultats actuels par l'agent local du Fonds	
	Suivi des conditions préalables	
<b>Trimestriellement</b>	Missions du Fonds mondial dans les pays	Rapport sur le solde de trésorerie
	Visites de supervision	Audits internes
<b>Unique</b>	Évaluation des capacités du récipiendaire principal	
<b>Ad hoc</b>	Reprogrammation budgétaire	Contrôles ponctuels de l'agent local du Fonds
	Examens des risques et de garantie	Initiatives stratégiques du Fonds mondial



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

Ces outils sont tout à la fois complexes et nombreux pour les contextes d'intervention difficiles dont les capacités sont souvent limitées. Par exemple :

- Un rapport sur les résultats actuels se compose de 12 feuilles de travail contenant plus de 400 entrées à renseigner avec les données collectées y afférentes.
- Le rapport financier annuel est composé de 224 éléments et le rapport trimestriel sur le solde de trésorerie contient en moyenne 30 entrées à renseigner et à accompagner des relevés bancaires pertinents.

La préparation de ces rapports exige beaucoup de temps. Plusieurs va-et-vient sont requis entre les maîtres d'œuvre, l'agent local du Fonds et l'équipe de pays avant la finalisation de l'évaluation des résultats de mise en œuvre des subventions. En moyenne, les contextes d'intervention difficiles ont besoin de deux mois supplémentaires au-delà de l'échéance attendue pour envoyer leurs rapports, contre 15 à 30 jours en moyenne pour les autres pays. Ces exigences complexes en matière de communication de l'information entraînent des retards de mise en œuvre des activités, d'évaluation des résultats et de décaissement, et entravent l'absorption financière.

« Les procédures du Fonds mondial sont lourdes, si bien que les maîtres d'œuvre préfèrent se consacrer à la mise en œuvre des subventions d'autres bailleurs de fonds dont les procédures sont moins rigides. »

Maître d'œuvre en Guinée

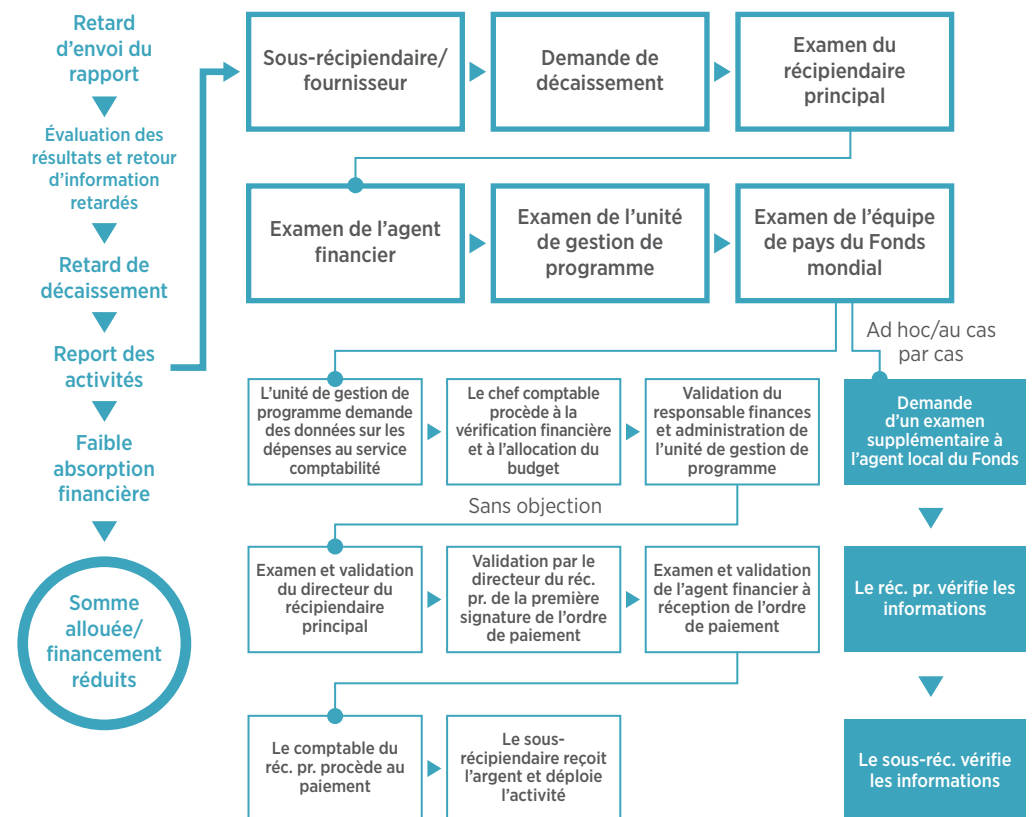
### b) Reprogrammation :

Afin d'améliorer l'absorption, le Fonds mondial a amélioré ses procédures de révision des subventions et facilite désormais la reprogrammation budgétaire des pays. Même si le Fonds mondial exige une révision budgétaire uniquement si les modifications touchent 15 % du budget total de la subvention ou 5 % d'une catégorie de coûts facultative, les pays continuent de faire approuver l'ensemble des reprogrammations. En 2017 et 2018, les équipes de pays ont reçu entre cinq et dix demandes de reprogrammation par subvention qui ne nécessitaient

pas d'approbation du Fonds mondial. La Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Niger ont chacun soumis plus de dix demandes de reprogrammation ne nécessitant pourtant pas d'approbation. Le temps requis par l'équipe de pays pour examiner ces demandes et rendre un avis de non-objection au pays varie de quelques semaines à six mois. Dans le cadre de cet examen, le maître d'œuvre, l'agent financier, l'agent local du Fonds et l'équipe de pays doivent fournir des retours d'information importants et contrôler plusieurs éléments.

### ILLUSTRATION 3 :

Effet de la complexité et de l'universalité des rapports et outils de suivi des subventions sur les contextes d'intervention difficiles



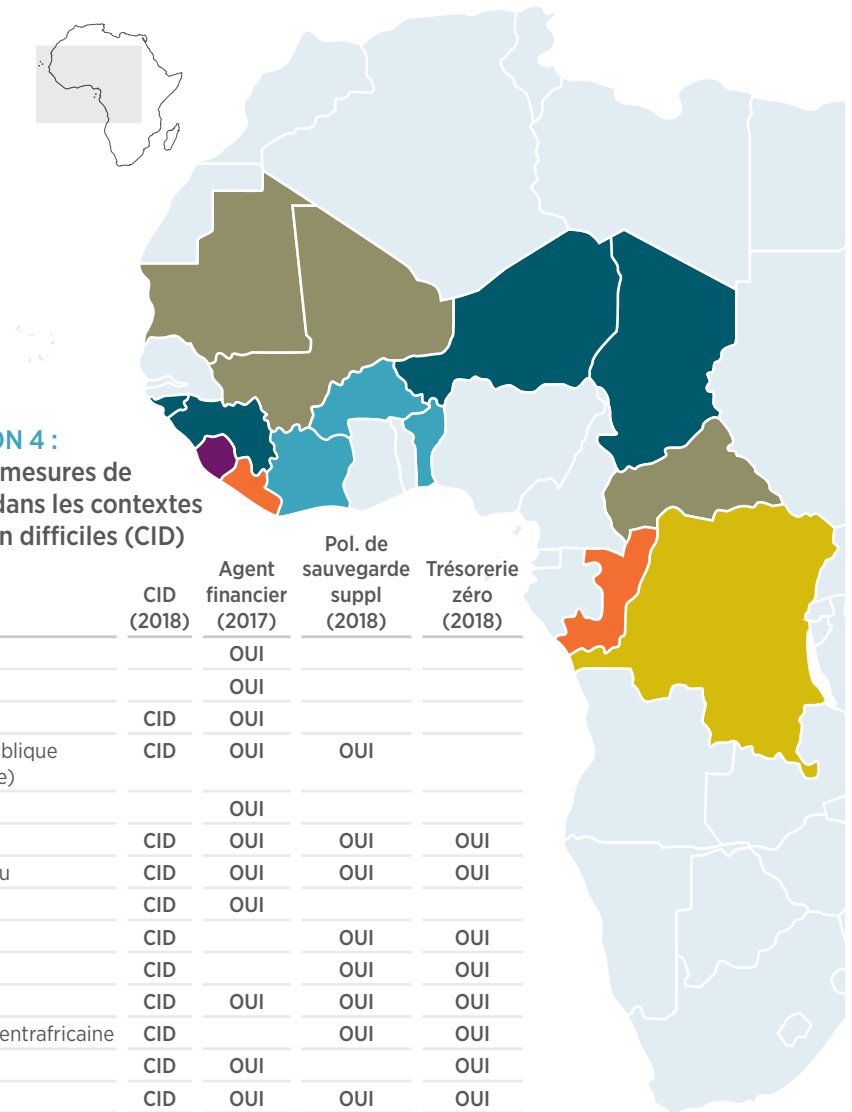


## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6.1.2. Les mesures de sauvegarde supplémentaire ont entraîné un déséquilibre entre les mesures d'atténuation des risques financiers et la mise en œuvre des subventions.

Déjà sujets à des fragilités et des instabilités politiques, 30 % des pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale figurent dans le dernier quartile des pays corrompus selon l'indice de perception de la corruption Transparency International\*. Les subventions du Fonds mondial ont été touchées par des fraudes et des détournements de fonds importants dans la région : entre 2009 et 2018, 99,3 millions de dollars US de financements alloués aux pays de la région ont été considérés comme des détournements ou des dépenses injustifiées, ce qui représente environ 44 % de l'ensemble des utilisations illégales des subventions du Fonds mondial.

Face à ces environnements risqués, le Fonds mondial a invoqué sa politique de sauvegarde supplémentaire dans huit des vingt-deux pays de la région. De plus, trois pays sont visés par des mesures de sauvegarde financière non liées à cette politique. Cette mesure est prévue pour être temporaire et utilisée lorsque les systèmes existants du pays laissent à penser que les financements du Fonds mondial pourraient être mis en danger sans mesures supplémentaires. Celles-ci ne doivent pas être systématiques. Elles doivent au contraire être adaptées à chaque portefeuille au regard du contexte du pays. Plusieurs mesures peuvent être appliquées sous cette politique, y compris la désignation des maîtres d'œuvre par le Fonds mondial, la nomination d'intermédiaires de gestion financière tels que des agents financiers ou fiduciaires, une politique de trésorerie zéro ou l'imposition de modalités d'achat spécifiques.



\* Indice de perception de la corruption 2017

Source : Outil de suivi du Secrétariat du Fonds mondial pour les contextes d'intervention difficiles et les mesures de sauvegarde supplémentaires





## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.1.2. - 1. Forte prévalence d'agents financiers en Afrique occidentale et centrale...

Les agents financiers fournissent un contrôle intégré visant à améliorer le suivi stratégique et la vérification des dépenses des subventions. Ils sont chargés de renforcer la capacité de gestion financière du récipiendaire principal ou des sous-réceptaires. Dans les portefeuille-pays d'Afrique occidentale et centrale :

- 50 % des pays (11 sur 22) possèdent un agent financier pour les subventions confiées à un maître d'œuvre gouvernemental
- Environ 60 % de tous les agents financiers du Fonds mondial sont déployés dans la région
- Coûts annuels : environ 9 millions de dollars US pour la région

#### ... dont les mandats présentent néanmoins des conflits potentiels

Les agents financiers déployés dans la région sont investis de deux missions potentiellement conflictuelles : le contrôle financier et le renforcement des capacités.

**Contrôle financier :** À l'exception de quelques pays dont la RDC, la Sierra Leone et le Tchad, les contrôles appliqués par les agents financiers dans la région parviennent généralement à atténuer efficacement les risques financiers. À titre indicatif, la notation du Fonds mondial des risques liés à la gestion financière et fiduciaire dans la région est passée de « très élevé » à « modéré » au fil des ans.

**Renforcement des capacités :** Les agents financiers n'ont pas toujours établi et déployé les activités requises de renforcement des capacités dans les pays de la région. Quand un plan est déployé, aucun mécanisme de suivi de sa mise en œuvre n'est créé, entraînant des retards. Même si les agents financiers sont visés par un examen annuel, leur aptitude à renforcer les capacités financières et fiduciaires des maîtres d'œuvre n'est pas évaluée. En conséquence, les capacités financières dans la région restent faibles et très peu d'éléments font état d'un renforcement efficace des capacités, ce dont les pays auraient besoin pour s'affranchir du soutien du Fonds mondial. Ces faiblesses ont été identifiées par l'audit du Bureau de l'Inspecteur général sur la gestion des subventions dans les environnements à haut risque (publié en janvier 2017).

Le faible renforcement des capacités s'explique par une accumulation de plusieurs facteurs, dont un manque de gouvernance et de leadership politique (huit des vingt-deux pays de la région figurent dans le quartile inférieur classant les pays selon l'efficacité de la gouvernance et du leadership en Afrique\*) et des difficultés opérationnelles majeures dans les pays. Cependant, le mandat des agents financiers comporte aussi un conflit d'intérêt manifeste, puisque le renforcement des capacités d'un pays rendrait le rôle de l'agent financier redondant.

#### 6.1.2. - 2. Politique de trésorerie zéro

En raison des risques élevés inhérents aux transactions en espèces, cette politique vise à limiter l'utilisation d'espèces au niveau des sous-réceptaires et à renforcer la responsabilité des utilisateurs des subventions. Elle impose notamment aux pays de justifier l'utilisation de 80 % des fonds avant de pouvoir demander un nouveau décaissement. Sept pays de la région sont visés par la politique de trésorerie zéro.

Même si cette politique atténuée sensiblement les risques financiers, elle peut fortement perturber la mise en œuvre des activités. Les pays de la région visés par la politique de trésorerie zéro représentent 9,1 % de la charge de morbidité du paludisme. La lutte antivectorielle (distribution de moustiquaires) et la prise en charge des cas étant gérées au niveau communautaire, les activités de prise en charge et de prévention sont généralement mises en œuvre par les centres de prestation de service, en bout de chaîne sanitaire. Cependant, ceux-ci utilisent peu les systèmes de paiement mobile et bancaire, si bien que les réceptaires principaux ne possèdent pas de structure décentralisée pour effectuer les paiements au nom des sous-réceptaires. Cela complique fortement le respect des dispositions de la politique de trésorerie zéro.

« La politique de trésorerie zéro est l'une des principales causes du faible taux d'absorption. »

Maître d'œuvre en Guinée

\* Indice de gouvernance Mo Ibrahim -réceptaires et interventions communautaires. Pays figurant sur la liste 2017  
Source : Rapport sur la politique de sauvegarde supplémentaire du Fonds mondial, juillet 2018



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

Même s'ils sont généralement justifiés du fait des risques financiers élevés dans la région, ces mesures de protection supplémentaires et ces contrôles internes visant les investissements financiers ont affecté la mise en œuvre.

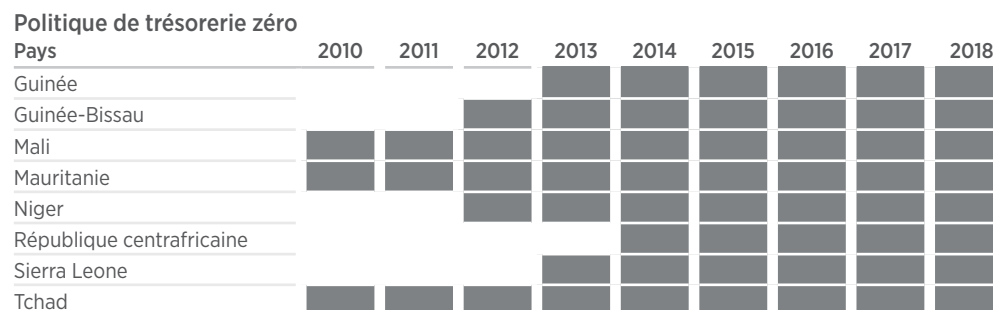
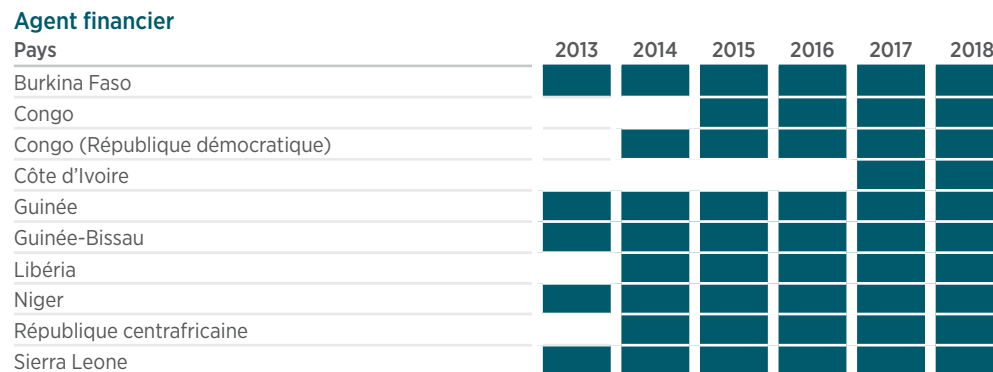
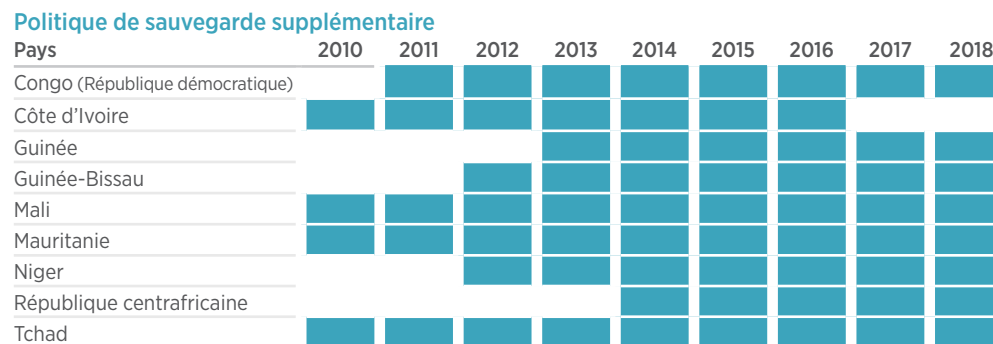
### Quarante-et-un pour cent des sondés pensent que le système de contrôle financier déployé par le Fonds mondial est l'une des principales causes du faible taux d'absorption.

La Mauritanie et la Guinée ont des taux d'absorption financière extrêmement faibles (28 % et 33 %, respectivement) tandis que la Sierra Leone, le Niger, le Tchad et le Mali enregistrent également des taux d'absorption sous-optimaux, compris entre 50 % et 69 %. Tous ces pays sont visés par la politique de sauvegarde supplémentaire ; ils utilisent une trésorerie zéro et possèdent des agents financiers.

L'absence historique d'appétence au risque clairement définie, pour les contextes d'intervention difficiles et les pays présentant un risque financier élevé, a entraîné un déséquilibre entre la mise en œuvre des activités et les mesures de protection supplémentaires. Des stratégies claires ainsi que des responsabilités et échéances bien définies n'ont pas été mises en place afin de renforcer les capacités des pays à long terme et d'arrêter progressivement les mesures d'atténuation des risques pourtant censées rester exceptionnelles ou à court terme. Depuis 2004, un seul pays de la région (la Côte d'Ivoire) s'est affranchi de la politique de sauvegarde supplémentaire. Ces faiblesses sont soulignées dans le rapport du Bureau de l'Inspecteur général sur les environnements à haut risque.

L'efficacité des mesures d'atténuation des risques déployées n'est pas suffisamment évaluée. Aucun des onze pays visés par la politique de sauvegarde supplémentaire, possédant tous un agent financier, et aucun des sept pays visés par la politique de trésorerie zéro n'a été soumis à une réévaluation formelle afin de déterminer si les mesures établies étaient toujours requises. Par exemple, le Tchad est visé par la politique de sauvegarde supplémentaire depuis six ans, la Guinée depuis cinq ans, mais l'efficacité des mesures et leur impact programmatique n'ont pas été évalués.

### ILLUSTRATION 5 : Évolution du nombre d'agents financiers, de mesures de protection supplémentaires et de trésorerie zéro



Source : Outil de suivi du Secrétariat du Fonds mondial pour les contextes d'intervention difficiles et les mesures de sauvegarde supplémentaires



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.1.2. - 3. Le faible taux d'absorption financière réduit les sommes allouées aux pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale

La forte attention portée aux mesures d'atténuation des risques financiers et fiduciaires liés aux programmes du Fonds mondial a amélioré la notation des risques, mais au détriment de la mise en œuvre et de l'absorption des fonds, avec des conséquences sur les sommes allouées aux pays.

#### Impact de la faible absorption financière sur les sommes allouées aux pays

En 2017/2019, les pays de la région visés par le présent examen ont reçu 2,2 milliards de dollars US. Cependant, cette allocation finale était le résultat d'ajustements qualitatifs<sup>1</sup> qui avaient réduit de 115 millions de dollars (5,0 %), le montant initial basé sur le barème d'allocation. Cette réduction était principalement motivée par le potentiel d'absorption et d'impact, ayant entraîné un ajustement à la baisse de 228 millions de dollars US (9,9 %), néanmoins compensé par d'autres ajustements à la hausse.

À l'échelle mondiale, l'ajustement à la baisse des sommes allouées aux pays en raison du faible potentiel d'absorption/d'impact s'élève à 541 millions de dollars US. Cela signifie que les pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale supportent 42 % de cet ajustement qualitatif, alors qu'ils ne représentent que 21 % du budget mondial. Ces chiffres illustrent la concentration dans cette région des faiblesses identifiées par le Secrétariat et le Conseil d'administration nuisant à l'absorption des fonds, en comparaison avec le reste de l'Afrique et du monde.

**Malgré ces ajustements à la baisse liés au taux d'absorption, la somme allouée aux pays de la région en 2017/2019 a augmenté de 9 % comparé au budget mobilisé sur la période 2014/2016.**

Les sommes allouées aux pays sont complétées par les financements à effet catalytique afin de garantir l'atteinte des objectifs de la stratégie 2017/2022 du Fonds mondial au travers des fonds de contrepartie, des subventions multipays et des initiatives stratégiques. Des fonds de contrepartie de 60 millions de dollars US (en mai 2019) ont été approuvés pour les pays de la région, aux fins d'encourager le financement de priorités stratégiques essentielles telles que les programmes ciblant les populations-clés et les questions de genre. Ce montant représente 98 % de l'enveloppe totale approuvée pour la région, et 19 % du montant total alloué au portefeuille du Fonds mondial. Les initiatives stratégiques sont des projets dont la gestion est centralisée, visant à atteindre dans les pays sélectionnés les objectifs stratégiques du Fonds mondial ne pouvant être pris en charge par les sommes allouées. Dix des seize initiatives stratégiques ont un impact direct ou indirect sur les pays de la région. Le coût total de ces initiatives s'élève à 104 millions de dollars US<sup>2</sup>.

#### ILLUSTRATION 6 : Impact du faible taux d'absorption sur les sommes allouées aux pays

Pays	Ajustement au vu du potentiel d'absorption/des risques et de l'impact (millions USD)	Autres ajustements qualitatifs (millions USD)*	Total de la modification du montant calculé pour le barème (millions USD)**
Bénin	3,1	4,3	7,4
Burkina Faso	▼ -40,1	9,7	-30,3
Cameroun	▼ -45,1	-8,5	-53,7
Congo (République démocratique)	▼ -11,3	29,3	17,8
Côte d'Ivoire	▼ -10,1	1,5	-8,6
Gabon	▼ -2,6	-1,7	-4,2
Gambie	1,1	1,1	2,2
Ghana	▼ -10,1	26,7	16,6
Guinée	▼ -15,0	5,2	-9,7
Guinée-Bissau	▼ -5,0	-0,8	-5,8
Mali	▼ -26,5	13,9	-12,6
Niger	▼ -17,9	5,0	-12,9
République centrafricaine	▼ -12,3	-2,1	-14,4
Sierra Leone	▼ -4,6	11,6	6,9
Tchad	▼ -7,0	-2,5	-9,6
Togo	▼ -15,0	-2,0	-17,0
Autres pays de la région : Cap-Vert, Congo, Guinée équatoriale***, Libéria, Mauritanie, Sao Tome-et-Principe, Sénégal	0,0	12,5	12,4
<b>Total</b>	<b>▼ -218,4</b>	<b>103,2</b>	<b>-115,5</b>

<sup>1</sup> Les ajustements qualitatifs ont été apportés de manière globale, le potentiel d'absorption représentant un des nombreux facteurs pris en compte. La raison invoquée est la première justification de l'ajustement des montants calculés pour leur barème.

<sup>2</sup> Le montant attribué directement aux pays de la région ne peut pas être quantifié, la gestion centralisée des projets répartissant les coûts sur l'ensemble des pays visés par le projet.

\* D'autres facteurs sont pris en considération, notamment le coût des programmations de services essentiels, le potentiel d'impact supérieur/les déficits de couverture, les populations touchées par le VIH de manière disproportionnée, les risques de résurgence du paludisme et les zones de faible endémicité palustre.

\*\* Les montants étant arrondis, la somme de l'« ajustement au vu du potentiel d'absorption/des risques et de l'impact » et des « autres ajustements qualitatifs » peut différer légèrement du « total de la modification du montant calculé pour le barème ».

\*\*\* La Guinée équatoriale n'a pas reçu de subvention pour le cycle 2017/2019.

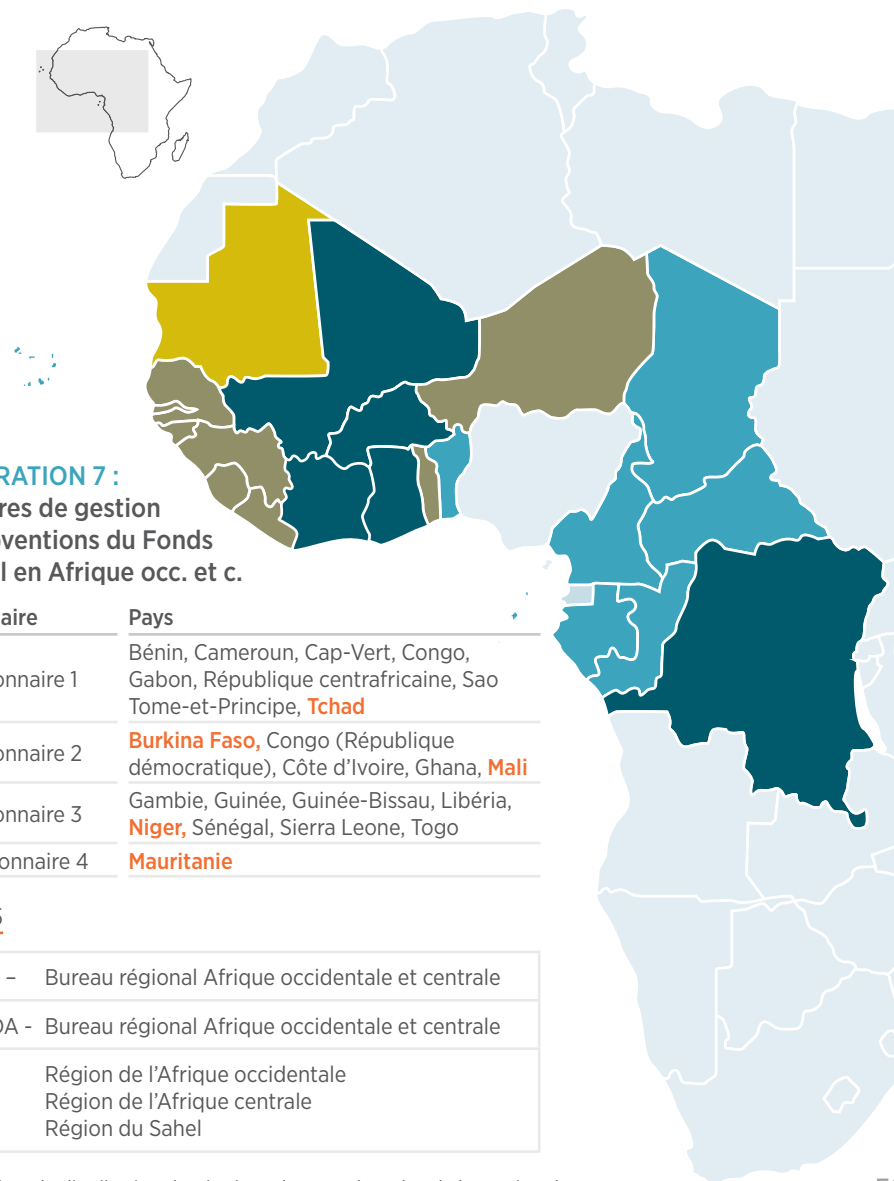


## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6.1.3. Manque de démarche régionale en matière de gestion des subventions aux fins de tirer parti des initiatives régionales, de partager les connaissances en interne et de dialoguer efficacement avec les partenaires régionaux

La structure actuelle de gestion des subventions fondée sur la charge de morbidité (élevée, modérée ou faible) a permis au Fonds mondial de concentrer ses efforts et ses ressources sur les portefeuilles clés, sans pour autant l'aider à confronter les difficultés régionales.

Dans sa forme actuelle, la stratégie du Fonds mondial établit des objectifs larges visant à éliminer les trois maladies à l'échelle mondiale. Cependant, même si ces objectifs sont généralement applicables à l'ensemble du portefeuille, certaines spécificités importantes au niveau régional requièrent des modalités de mise en œuvre adaptées. À l'heure actuelle, aucun plan régional de mise en œuvre stratégique ne tient compte des spécificités régionales telles que la charge de morbidité ou de facteurs contextuels clés tels que les obstacles liés aux droits humains ou la maturité des systèmes de santé. Cela limite la capacité à répercuter efficacement la stratégie du Fonds dans les régions et les pays, au moyen d'objectifs pouvant être prioritaires à long terme (cycle sexennal des stratégies) et à court terme (cycle triennal des subventions). Actuellement, 30 % seulement des pays de la région possèdent un plan stratégique national de mise en œuvre, scindé en plans de travail annuels définissant les activités prioritaires, les rôles et responsabilités ainsi que les échéances.



Source : Liste de distribution des équipes de pays chargées de la gestion des subventions du Fonds mondial



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.1.3. - 1. Partenaires régionaux et structures régionales œuvrant au renforcement de la volonté et du soutien politiques

La collaboration et la coordination avec les partenaires sont des éléments essentiels à la réussite de la mise en œuvre des programmes de subventions du Fonds mondial dans la région. Même si le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds de la lutte contre les trois maladies en Afrique occidentale et centrale, d'autres partenaires jouent également des rôles précieux. Aussi est-il important de tirer parti des stratégies et outils de suivi de ces entités pour garantir l'efficacité de mise en œuvre des subventions. Par exemple :

- des bailleurs de fonds dont la France à travers l'Agence française de développement et Expertise France, et l'Allemagne par l'entremise de Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), fournissent un soutien et un appui technique à des fins de renforcement des systèmes de santé ;
- l'UNICEF, dont nombre d'interventions ont une assise communautaire, est un partenaire stratégique pour la mise en œuvre et l'appui technique dans la région ;
- des partenaires techniques tels que l'OMS et l'ONUSIDA sont essentiels au succès des interventions du Fonds mondial dans la région ;
- l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, PMI, est notre principal partenaire dans la région en matière de lutte contre le paludisme.

En plus de leurs bureaux locaux dans les pays, la plupart des partenaires possèdent une présence organisationnelle et des stratégies régionales. Ce n'est pas le cas du Fonds mondial dont la structure ne possède pas de dimension régionale, et cette différence crée un décalage naturel des modes de collaboration et de coordination avec les principaux partenaires.

Cela entraîne souvent des opportunités manquées de collaboration avec les partenaires sur des difficultés régionales et nationales majeures. Par exemple au Tchad, le président du pays rencontre trimestriellement tous les donateurs du secteur de la santé. Le Fonds mondial n'est pas présent à ces réunions. En 2017, l'Allemagne, la France et l'Union européenne ont lancé l'Alliance Sahel et ont été rejointes par des partenaires clés tels que la Banque mondiale, les Nations Unies et l'OMS. Cependant, le Fonds mondial n'a pas participé à cette initiative, malgré un portefeuille important de quelque 440 millions de dollars US d'investissements dans les pays du Sahel entre 2012 et 2017 (20 % des investissements dans la région au total).

« Le Fonds mondial n'est pas présent aux réunions annuelles d'examen du secteur de la santé. » L'an dernier, les contributions du Fonds mondial n'ont pas été mentionnées du tout, pas plus que les trois maladies. Cela dénote un manque de coordination avec les contributions des autres partenaires de développement tels que l'Allemagne, la Banque mondiale, les Nations Unies et USAID. Il importe de déterminer la portée des travaux entrepris par les autres partenaires, afin de mettre leurs contributions au service de l'élimination des trois maladies. »

Instance de coordination nationale au Burkina Faso



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

L'absence de démarche régionale affecte également la manière dont le Fonds gère ses connaissances internes et sa capacité à exploiter les données provenant des divers examens et analyses régionaux.

### 6.1.3. - 2. Partage interne des connaissances afin de reproduire les démarches probantes

Malgré que certaines difficultés soient observées dans toute la région, chaque équipe de pays fonctionne indépendamment des autres. Ce mode de fonctionnement entraîne une gestion cloisonnée des subventions dans la région et n'encourage pas le partage des connaissances en interne, notamment des enseignements et des bonnes pratiques. À l'heure actuelle, plusieurs démarches régissent la mise en œuvre et le suivi des subventions : même si certaines équipes de pays ont réussi à résoudre les difficultés systémiques au moyen de solutions innovantes, il est difficile de reproduire ces bonnes pratiques à l'échelle régionale en tenant compte des spécificités nationales, en raison de la structure cloisonnée de la gestion des subventions.

Le **Burkina Faso** offre un bon exemple de la manière dont les modalités de mise en œuvre peuvent être adaptées aux fins ci-après :

- créer une redevabilité entre les programmes nationaux et le ministère de la Santé ;
- encourager l'innovation en matière de mise en œuvre des activités communautaires ; et
- établir le plan d'appui technique et en assurer le suivi.

La **RDC** est un bon exemple d'intégration des programmes liés aux trois maladies, tandis que le **Sénégal** et la **Côte d'Ivoire** ont su améliorer la coordination des donateurs ciblant les activités SRPS.

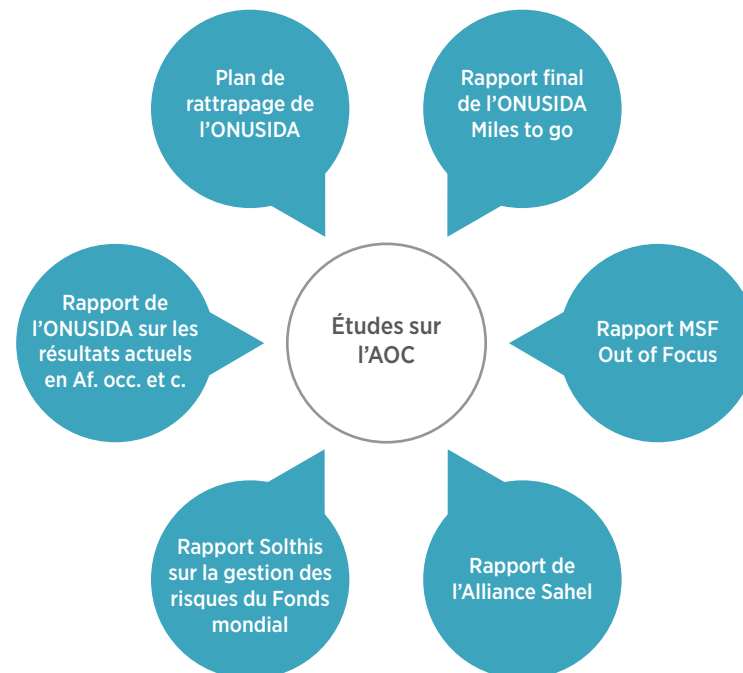
Cependant, ces bonnes pratiques ne sont pas partagées avec les équipes de pays de la région. Le plus souvent, celles-ci ne sont pas informées des démarches et des enseignements relatifs à la gestion d'autres subventions dans la région.

### 6.1.3. - 3. Utilisation des examens régionaux pour confronter les difficultés communes

Plusieurs partenaires et le groupe technique de référence en évaluation ont mené des examens régionaux afin de remédier aux difficultés observées dans les pays de la région. Par exemple, des rapports sur les résultats actuels et le « Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre - Accélérer le traitement du VIH d'ici à 2018 » de l'ONUSIDA fournissent des observations et des recommandations stratégiques relatives au renforcement des systèmes de santé. De même, le rapport Solthis sur la gestion des risques visant à optimiser l'efficacité des subventions du Fonds mondial, « Managing Risk in Fragile States: Putting Health First! » (Gestion des risques dans les États fragiles : priorité à la santé !) souligne les difficultés liées à la mise en œuvre et fournit des recommandations utiles. Cependant, faute de démarche ou de structure régionale, il n'est pas possible de tirer parti de ces examens régionaux et d'adapter la gestion des subventions en conséquence.

#### ILLUSTRATION 8 :

#### Liste des recherches et recommandations en Afrique occidentale et centrale





## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### 6.1.3. - 4. Dialogue du Fonds mondial avec les maîtres d'œuvre dans les pays

Les équipes de gestion de portefeuille du Fonds mondial se rendent régulièrement dans les pays afin d'échanger avec les acteurs locaux, au moment de l'établissement des demandes de financement et tout au long de la mise en œuvre des subventions. Elles peuvent ainsi suivre les avancées au regard des objectifs du programme et résoudre les difficultés de mise en œuvre. Cependant, les visites de pays se déroulent selon des modalités parfois très divergentes. Certains pays reçoivent des visites régulières et opportunes du Fonds mondial, et dialoguent étroitement avec la direction, tandis que d'autres reçoivent très peu de visites.

En moyenne, les pays essentiels ont reçu 55 visites liées à la gestion des subventions sur cinq ans. Cependant, certains pays comme le Sénégal (198 visites) et le Cameroun (70 visites) comptabilisent beaucoup plus de visites que la moyenne, tandis que d'autres comme la République centrafricaine (6 visites), le Congo (22 visites) ou le Mali (25 visites) sont très en-deçà, alors qu'ils sont confrontés à des difficultés majeures de mise en œuvre et d'absorption financière. De plus, des pays comme la République centrafricaine, le Niger, la Sierra Leone, le Tchad, le Libéria et le Congo n'ont pas reçu de visites de la direction au cours des cinq dernières années, malgré des résultats très insuffisants, des systèmes de santé peu développés et des obstacles aux droits humains.

Les missions systématiques et planifiées, dépêchées par la Division chargée de la gestion des subventions, ne suffiront pas à compenser le manque de présence dans les pays. L'Afrique occidentale et centrale étant classée comme contexte d'intervention difficile, le Fonds mondial doit adopter une démarche plus pragmatique en matière de gestion des subventions. Des partenaires clés tels que l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNICEF et PMI ont tous souligné que dans les contextes difficiles, la présence dans le pays est plus importante pour la réussite de la mise en œuvre des activités que dans les pays moins fragiles.

### ILLUSTRATION 9 :

Missions dans les pays relatives à la gestion des subventions entre 2015 et septembre 2018

Visite dans les pays relative à la gestion des subventions		Équipe de pays	Responsable régional (Afrique occidentale, Afrique centrale et Moyen-Orient, et Afrique du Nord)	Directeur de département (Pays à fort impact - Afrique 1 et Afrique et Moyen-Orient)	Directeur de la gestion des subventions	Total
Bénin		43	0	0	1	44
Burkina Faso	À FORT IMPACT	27	0	1	1	29
Cameroun	ESSENTIEL	65	3	2	0	70
Cap-Vert	CIBLÉ	14	0	0	0	14
Congo	ESSENTIEL	22	0	0	0	22
Congo (République démocratique)	À FORT IMPACT	106	N/A	6	2	114
Côte d'Ivoire	À FORT IMPACT	99	N/A	4	2	105
Gabon	CIBLÉ	21	0	0	3	24
Gambie	CIBLÉ	23	0	0	0	23
Ghana	À FORT IMPACT	37	N/A	3	2	42
Guinée	ESSENTIEL	41	0	2	3	46
Guinée-Bissau	ESSENTIEL	30	0	0	0	30
Libéria	ESSENTIEL	34	0	0	0	34
Mali	À FORT IMPACT	23	1	0	1	25
Mauritanie	CIBLÉ	27	0	0	0	27
Niger	ESSENTIEL	41	0	0	0	41
République centrafricaine	ESSENTIEL	6	0	0	0	6
Sao Tome-et-Principe	CIBLÉ	26	0	0	0	26
Sénégal	ESSENTIEL	187	7	2	2	198
Sierra Leone	ESSENTIEL	76	0	0	0	76
Tchad	ESSENTIEL	28	3	0	0	31
Togo	CIBLÉ	38	0	0	0	38



## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### Recommandations

#### 6. DOMAINES CLÉS

Même si des mesures de protection financière rigoureuses sont nécessaires dans de nombreux pays de la région, le Secrétariat doit adopter une démarche équilibrée en matière de gestion des risques. Les procédures de gestion des risques doivent être examinées individuellement dans un souci de simplification des interventions dans les contextes d'intervention difficiles, en tirant parti des souplesses de mise en œuvre autorisées et en veillant à l'équilibre entre les mesures de protection financière et la mise en œuvre des activités.

- **Identifier un ensemble ciblé de priorités stratégiques pour les contextes d'intervention difficiles clés**, sur lesquels centrer les efforts - Définir les interventions prioritaires afin d'accélérer la lutte contre les maladies et être plus prescriptif afin d'en garantir le respect dans les demandes de financement.
- **Appliquer les principes correspondant aux contextes d'intervention difficiles en déployant efficacement les souplesses** dont ils peuvent bénéficier. Elles doivent couvrir un large spectre adapté à différents contextes et à tout le cycle de vie des subventions. Examiner, au début de chaque période de mise en œuvre, les souplesses accordées et leurs effets sur la mise en œuvre, afin d'éclairer le processus décisionnel.
- **Mener une évaluation de référence pour chaque pays de la région visé par la politique de sauvegarde supplémentaire**, afin de déterminer de manière rigoureuse les raisons de l'établissement de cette politique et les objectifs à atteindre ainsi que les critères à satisfaire avant de pouvoir s'en affranchir. Évaluer les avancées au début de chaque période de mise en œuvre afin d'éclairer le processus décisionnel.
- **Adopter une démarche différenciée de mise en œuvre de la politique de trésorerie zéro/restreinte** (par type de maître d'œuvre, type d'activité, région, etc.). Établir un outil offrant une vue globale ; et suivre l'évolution et les résultats de la politique dans chaque pays visé.
- **Focaliser la fonction des agents financiers sur les contrôles et transférer les mandats de renforcement des capacités** à des fournisseurs d'appui technique à long terme.

S'assurer que les fonctions internes d'appui (Département chargé des conseils techniques et des partenariats, SRPS, Département chargé des questions liées aux communautés, aux droits et au genre, etc.) fournissent à la Division de la gestion des subventions des **analyses et des données pertinentes, propres à éclairer les processus décisionnels au niveau régional** (par exemple maturité des activités communautaires, cartographie de la politique de gratuité, données démographiques et épidémiologiques au niveau régional détaillées). En cas de limitation budgétaire, cette analyse pourrait être réalisée par les fonctions d'appui par l'entremise des partenaires sur le terrain (par exemple MSF pourrait réaliser la cartographie des exigences relatives aux politiques de gratuité dans la région).





## 6.1. Procédures du Fonds mondial

### Recommandations

### 6. DOMAINES CLÉS

Adopter une démarche régionale de gestion des subventions, renforcer le rôle des fonctions d'appui à la Division de la gestion des subventions au moyen de données pertinentes et de stratégies thématiques, et renforcer la présence du Fonds dans les pays.

#### Au niveau du Secrétariat

##### Option 1 :

- **Organiser les départements de la Division de la gestion des subventions autour de portefeuilles régionaux pertinents**, pouvant inclure un mélange de pays « high impact », « core » et « focused ». Si la région de l'Afrique occidentale et centrale est trop vaste et trop hétérogène, des structures infrarégionales pourraient être ajoutées (par exemple une sous-région du Sahel).

##### Option 2 :

- Définir les procédures et outils internes de la Division de la gestion des subventions visant à garantir une gestion régionale efficace, afin de **i) briser les cloisons internes et partager les connaissances à travers la région ; ii) mieux tirer parti des initiatives/examens régionaux externes ; et iii) améliorer la coordination régionale avec les principaux partenaires**. Le Secrétariat pourrait améliorer la cohérence régionale au moyen des mesures ci-après :
  - **désignation de points focaux pour tous les partenaires et les initiatives-clé** afin de garantir une exploitation plus structurée des partenariats et initiatives régionaux ;
  - **établissement de démarches visant à combler les besoins programmatiques régionaux**, notamment une démarche infrarégionale le cas échéant, par exemple afin d'obtenir un meilleur impact face au paludisme dans les cinq pays du Sahel ; et
  - **améliorer le partage de connaissances**, tant programmatiques que relatives à la gestion des subventions.

#### Au niveau des pays

##### Option 1 :

- **Nommer un agent d'appui technique à long terme dans le pays**, tenu de rendre compte au gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial et chargé selon un mandat clairement établi i) du suivi sur le terrain de la mise en œuvre des activités programmatiques ; et ii) de la coordination des bailleurs de fonds. Contrairement à l'agent local du Fonds, principalement chargé du contrôle et de la garantie, l'agent d'appui technique à long terme serait avant tout tenu de fournir un appui opérationnel, une coordination et un suivi sur le terrain.

##### Option 2 :

- **Au niveau de l'unité de gestion du programme, si les résultats de la subvention le justifient, nommer un agent d'appui technique à long terme dans le pays**, tenu de rendre compte au gestionnaire de portefeuille du Fonds et chargé selon un mandat clairement établi du suivi sur le terrain de la mise en œuvre des activités programmatiques.
- **Améliorer le rôle de l'instance de coordination nationale en matière de coordination des bailleurs de fonds** dans le cadre du projet d'évolution des instances de coordination nationale, et définir des critères spécifiques dans les demandes de financement afin de renforcer la coordination sur les questions de SRPS et d'appui technique (par ex. au moyen d'une cartographie des interventions des donateurs liées à ces deux domaines).



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.2.1. Importance pour les subventions

**L'établissement de modalités de mise en œuvre solides est essentiel à la réussite programmatique et à l'atténuation des difficultés propres aux contextes nationaux et au secteur de la santé en général.**

Les modalités de mise en œuvre regroupent les procédures de gouvernance des subventions et de déploiement des programmes, de la réception des fonds aux activités auprès des bénéficiaires, et définissent qui utilise les subventions, et à quelles fins. Le « qui » est important : il est essentiel de faire appel aux maîtres d'œuvre les plus appropriés et de tirer parti de leurs différentes compétences, afin de garantir l'impact des subventions du Fonds mondial.

Les portefeuilles les plus performants de la région en termes d'absorption financière (le Burkina Faso, le Sénégal, la RDC et la Côte d'Ivoire) ont un élément principal en commun : des modalités de mise en œuvre solides, adaptées au contexte et aux capacités des pays. Si la stabilité des pays et un fort leadership politique sont des piliers essentiels à l'obtention de bons résultats, les modalités de mise en œuvre contribuent fortement aux résultats programmatiques, à l'absorption des fonds et à la pérennité des avancées.

Même dans les États fragiles dont les systèmes de santé sont peu développés, choisir des maîtres d'œuvre adaptés et valoriser leurs compétences phares peuvent atténuer l'impact des difficultés externes du secteur de la santé.

#### 6.2.2. Aperçu régional

**Bien que différentes modalités de mise en œuvre soient utilisées dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale, les démarches adoptées présentent des similarités.**

Les modalités de mise en œuvre varient selon les pays de la région, voire au sein des pays mêmes, et selon les maladies. Dans le cadre de l'engagement du Fonds mondial visant à renforcer le rôle de la société civile et du secteur privé dans ses procédures internes, les instances de coordination nationale sont encouragées à adopter une démarche de « financement à deux voies » (faisant appel à des acteurs issus du gouvernement et de la société civile) lors de la nomination des récipiendaires principaux. Cela a entraîné la participation d'un grand nombre de maîtres d'œuvre et de multiples récipiendaires principaux pour chaque maladie.

■ **Nombre élevé de maîtres d'œuvre** : pour la période d'allocation 2014/2016 (également appelée « Nouveau modèle de financement 1 », ou NFM 1), 88 subventions ont été signées dans la région de l'Afrique occidentale et centrale. Celles-ci sont mises en œuvre par des récipiendaires principaux issus d'horizons divers : ONG locales et internationales (37 %), ministères de la Santé (27 %), autres entités nationales telles que des comités nationaux de lutte contre le sida et des bureaux présidentiels (29 %).

■ **Multiplés récipiendaires principaux** : Les programmes de lutte contre les maladies ont souvent plusieurs récipiendaires principaux. C'est en particulier le cas pour le VIH (dix pays possèdent plusieurs récipiendaires principaux chargés de fournir des services liés au VIH) et le paludisme (six pays possèdent plusieurs récipiendaires principaux chargés de fournir des services liés à la maladie).

**ILLUSTRATION 1 :**  
Distribution par type de maître d'œuvre

Type de récipiendaire principal	NFM 1	%
ONG locale	11	13%
Ministère de la Santé, sauf programmes nationaux de lutte contre les maladies	24	27%
ONG internationale	21	24%
Autre institution nationale	19	22%
Programme national de lutte contre les maladies	6	7%
Organisme des Nations Unies	6	7%
Secteur privé	1	1%
<b>Total</b>	<b>88</b>	





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### 6. DOMAINES CLÉS

Les modalités de mise en œuvre ci-après étaient utilisées sous le cycle NFM 1 en matière de sélection des bénéficiaires principaux :

#### Programme lié au paludisme :

- 37% des 27 subventions possédaient des bénéficiaires principaux issus d'ONG internationales.
- Six pays mettaient en œuvre leurs subventions dans le cadre d'un financement à deux voies au travers de deux entités, l'une gouvernementale, l'autre issue de la société civile, chargées de gérer des activités distinctes liées au paludisme. Les bénéficiaires principaux non gouvernementaux étaient principalement chargés de la planification et du déploiement des campagnes de distribution de moustiquaires, la prise en charge et le traitement des cas étant confiés aux entités gouvernementales.
- Dans 14 pays, un seul bénéficiaire principal opérait. Dans six d'entre eux, la mise en œuvre était confiée exclusivement à des entités gouvernementales (agences publiques, ministère de la Santé et programmes nationaux de lutte contre les maladies).

#### Programme lié au VIH :

- 38% des 32 subventions avaient confié le rôle de bénéficiaire principal à une entité nationale extérieure au ministère de la Santé, par exemple au Conseil national de lutte contre le sida.
- 22% des subventions avaient confié à des ONG locales les activités de prévention ainsi que celles auprès des populations-clés.
- Dans dix pays, la mise en œuvre des activités liées au VIH était répartie entre plusieurs maîtres d'œuvre. Les achats et le traitement étaient généralement confiés à des entités gouvernementales, tandis que les activités de prévention et celles auprès de populations-clés spécifiques incombait à des ONG locales et internationales. Ce type de modalité de mise en œuvre est souvent plus adapté dans les pays où les activités auprès des populations-clés touchées sont incriminées.

#### Programme lié à la tuberculose :

- 37% des 27 subventions possédaient des bénéficiaires principaux issus d'ONG internationales.
- Six pays mettaient en œuvre leurs subventions dans le cadre d'un financement à deux voies au travers de deux entités, l'une gouvernementale, l'autre issue de la société civile, chargées de gérer des activités distinctes liées au paludisme. Les bénéficiaires principaux non gouvernementaux étaient principalement chargés de la planification et du déploiement des campagnes de distribution de moustiquaires, la prise en charge et le traitement des cas étant confiés aux entités gouvernementales. Dans 14 pays, un seul bénéficiaire principal opérait. Dans six d'entre eux, la mise en œuvre était confiée exclusivement à des entités gouvernementales (agences publiques, ministère de la Santé et programmes nationaux de lutte contre les maladies).

#### ILLUSTRATION 2 :

##### Nombre de maîtres d'œuvre par maladie

Pays visés	NFM 1			
	VIH	Tuberculose	Paludisme	Tuberculose/ VIH
Côte d'Ivoire	2	2	2	
Burkina Faso	1	1	1	1
Sénégal	2	2	2	
Mali	2	1	1	
Togo	1	1	1	
Niger	1		1	
République de Guinée	2	1	1	
Bénin	2	1	1	
Mauritanie	1	1	1	
Guinée-Bissau	1	1	1	
Cap-Vert			1	1
Ghana	4	1	2	
Sierra Leone	1		1	
Libéria	1		2	1
Gambie	2		2	
Cameroun	2	1	1	
Tchad	1	1	1	
République centrafricaine			1	1
Gabon		1		
République du Congo	2	1		
République démocratique du Congo	3	2	3	
Guinée équatoriale				
Sao Tome-et-Principe	1	1	1	

Source : Données du Fonds mondial sur les modalités de mise en œuvre en Afrique occidentale et centrale, équipes de pays de la région



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### 6. DOMAINES CLÉS

#### Évolution des modalités de mise en œuvre dans la région de l'Afrique occidentale et centrale :

Le Fonds mondial et les instances de coordination nationale de la région ont affiné les modalités de mise en œuvre au fil des ans, au moyen des mesures ci-après :

- réduction du nombre de subventions et augmentation du nombre de subventions conjointes ;
- création d'unités de gestion de programme, chargées de mieux coordonner les subventions et d'améliorer les capacités de gestion des programmes ; et
- valorisation des domaines d'expertise clés des ONG (activités communautaires, populations-clés et vulnérables, chaîne d'approvisionnement).

Entre le cycle de financement 2014/2016 (NFM 1) et le nouveau cycle de financement 2017/2019 (NFM 2), le nombre de maîtres d'œuvre dans la région a été réduit de 23 %, passant de 88 à 68 bénéficiaires principaux. Par exemple :

- au Ghana, sept subventions ont été fusionnées en quatre subventions en 2018 ; et
- en RDC, un seul bénéficiaire principal est désormais chargé de la chaîne d'approvisionnement relative au VIH et un autre des achats liés au paludisme, au lieu de deux pour chaque maladie sous le cycle NFM 1.

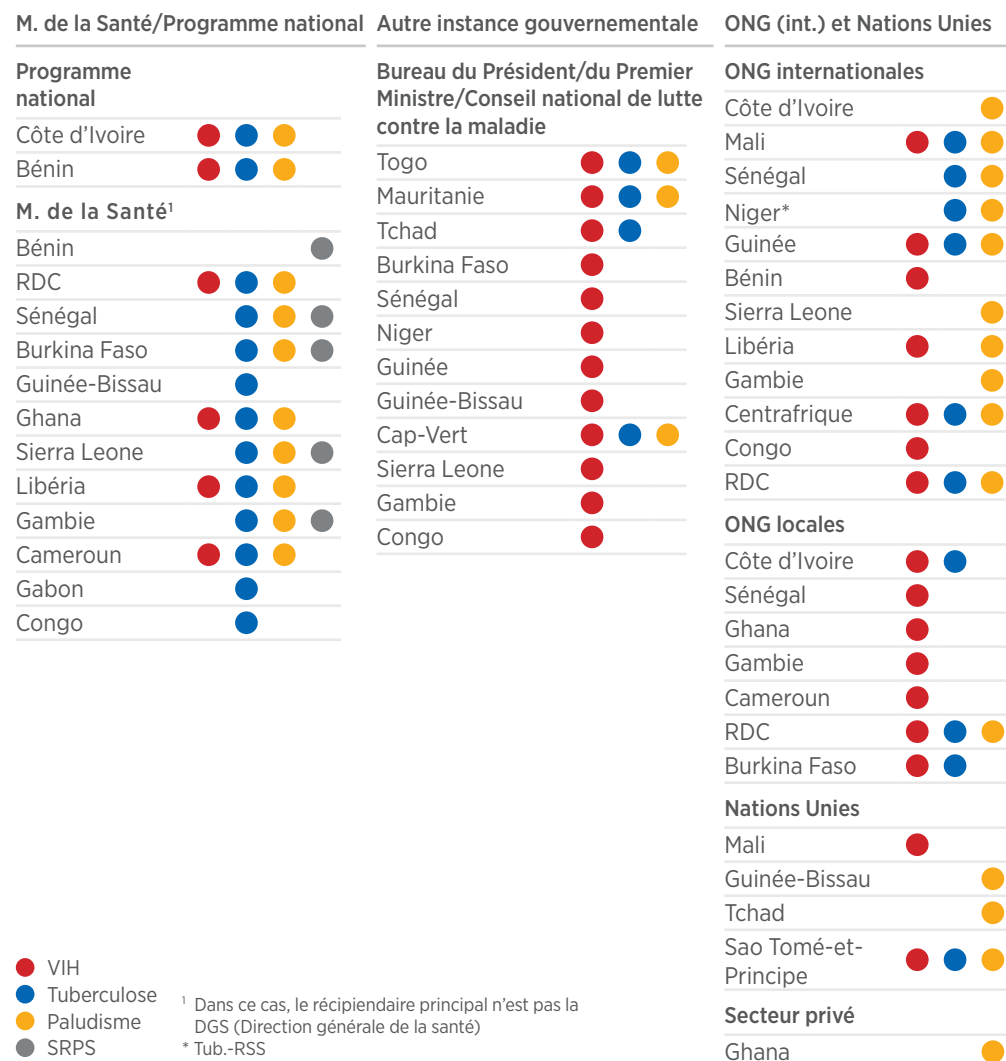
De plus, la proportion de subventions conjointes a augmenté et vise 21 % des subventions de la région, contre 8 % auparavant. Par ailleurs, un nombre croissant de subventions VIH/tuberculose et spécifiques à une maladie sont fusionnées avec les subventions SRPS.

Dans cinq pays, les programmes du Fonds mondial sont mis en œuvre par l'entremise d'unités de gestion de programme ou d'autres fonctions d'appui mutualisé. Quinze ONG étaient bénéficiaires principales dans la région sous le cycle NFM 1. Elles ont aidé les pays à intensifier les activités communautaires (au Burkina Faso et au Bénin), à travailler avec les populations-clés (au Ghana, au Libéria, en Guinée et au Cameroun) ou à soutenir la planification, les achats et la distribution de produits de santé (au Libéria, au Tchad, au Niger et au Ghana).

Les modalités de mise en œuvre sont spécifiques à chaque pays et tiennent compte des objectifs de la subvention, des capacités des maîtres d'œuvre à déployer les activités, du leadership local et de la gouvernance locale. Elles varient selon les pays de la région, tout en suivant un schéma similaire axé autour de trois types de bénéficiaires principaux.

#### ILLUSTRATION 3 :

#### Cartographie des modalités de mise en œuvre des bénéficiaires principaux (NFM 1) :



- VIH
- Tuberculose
- Paludisme
- SRPS

<sup>1</sup> Dans ce cas, le bénéficiaire principal n'est pas la DGS (Direction générale de la santé)  
\* Tub.-RSS

Source : Données du Fonds mondial sur les modalités de mise en œuvre en Afrique occidentale et centrale, équipes de pays de la région



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

**6.2.2. - 1. La mise en œuvre est centralisée et les bénéficiaires principaux sont rarement chargés de fournir les services de santé et n'ont pas de lien hiérarchique, fonctionnel ou financier avec les entités qui en ont la charge.**

### 6.2.2. - 1.1. Mise en œuvre par les programmes nationaux

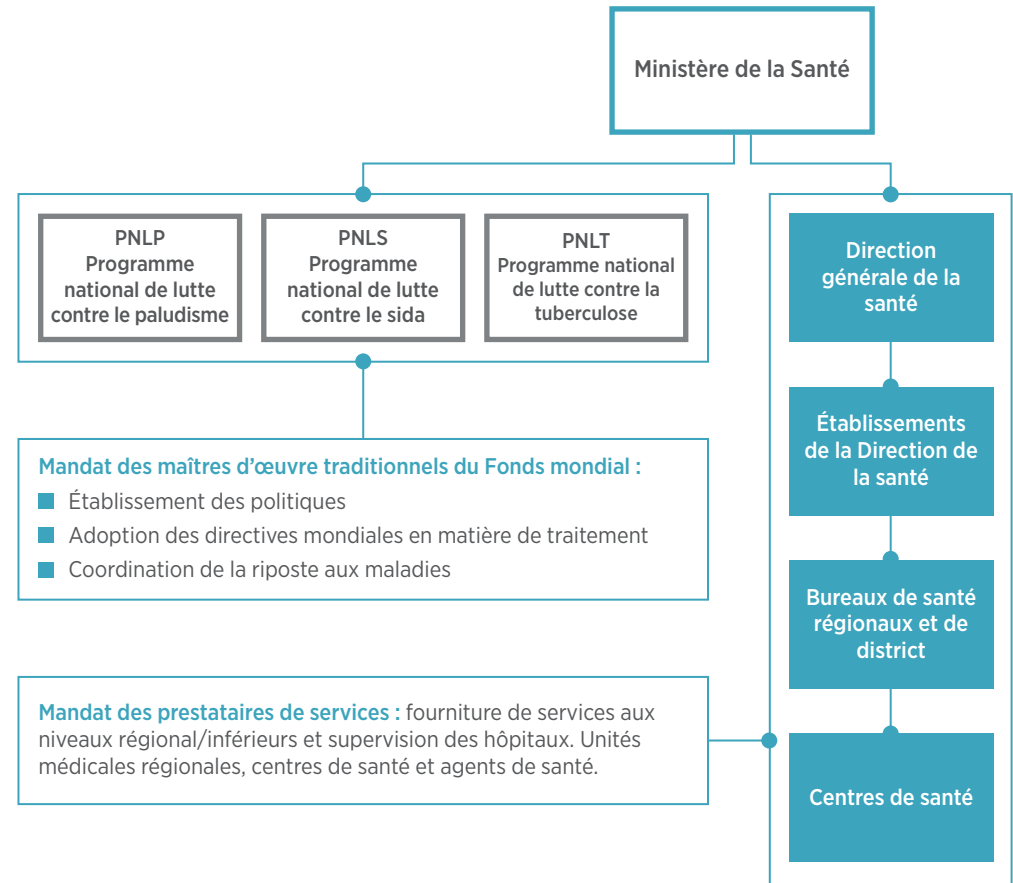
Dans les années 1990 et 2000, des programmes nationaux verticaux ont été créés afin de lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Aujourd'hui, tous les pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale ont établi des programmes nationaux pour chacune des trois maladies. Ces programmes sont souvent intégrés en tant qu'unités distinctes au sein du ministère de la Santé et rendent compte directement au Ministre ou au Secrétaire général. Ils sont souvent bénéficiaires principaux ou sous-bénéficiaires des subventions du Fonds mondial et peuvent être investis de deux mandats principaux :

- **un mandat traditionnel** : établissement des politiques, adoption des directives mondiales en matière de traitement en vue de leur intégration dans les directives nationales, suivi et évaluation, supervision des programmes, formation, et coordination globale de la riposte aux maladies (bien que ce mandat soit souvent limité pour le VIH si le pays possède un Conseil national de lutte contre le sida) ; et
- **un mandat de prestation de services** : ce rôle opérationnel est généralement confié à d'autres départements du ministère de la Santé tels que la Direction des établissements de santé (rattachée à la Direction de la santé générale), chargée de la prestation de services aux niveaux régional et inférieurs, et de la supervision des hôpitaux, des unités médicales régionales, des établissements de santé et des agents de santé.

Les programmes nationaux jouent un rôle important dans le cadre des programmes soutenus par le Fonds mondial, en raison de leurs capacités de coordination et d'une concentration d'expertises spécifiques aux maladies. **Cependant, ils ne sont pas mandatés pour mettre en œuvre les services de santé.** Dans la plupart des pays de la région, les programmes nationaux engagés comme bénéficiaires principaux ou sous-bénéficiaires n'ont aucune autorité administrative et aucun lien contractuel (par exemple un accord avec un sous-bénéficiaire). Seule la Direction des établissements de santé est investie d'une autorité directe et d'une fonction de suivi stratégique de la prestation des services.

### ILLUSTRATION 4 :

Modalités types de mise en œuvre des programmes nationaux dans la région





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### Conséquences :

- Capacité limitée des programmes nationaux à influencer directement sur le déploiement des activités des subventions du Fonds mondial, à appliquer les directives, à garantir la qualité de service et à superviser efficacement le travail auprès des bénéficiaires.
- Marge de manœuvre limitée pour donner suite aux conclusions des visites de supervision, à la collecte de données, et redevabilité limitée des structures de prestation de services de santé aux programmes du Fonds mondial.
- Même quand les différences entités se rapportent toutes au Ministère de la Santé, cela ne résulte pas nécessairement en un alignement ou une coordination des ressources, des activités et des démarches, les programmes nationaux étant trop éloignés des questions de mise en œuvre opérationnelles/tactiques.

Quelques pays ont néanmoins atténué les limitations inhérentes à cette situation, au travers de démarches variées :

- Les bénéficiaires principaux au Burkina Faso et les programmes nationaux au Bénin ont signé des contrats annuels basés sur des plans de travail et des budgets avec les Directions régionales de santé ou les districts chargés de la prestation de services.
- Le ministère de la Santé du Sénégal a créé des postes conjoints chargés de superviser à la fois les programmes nationaux de lutte contre les maladies et la Direction de la santé, partageant une direction conjointe afin de garantir une coordination et un alignement accrus.

Ces modalités de mise en œuvre ont largement contribué à la bonne absorption financière dans ces pays, comparativement aux autres pays de la région : 94 % pour le Sénégal et 93 % pour le Burkina Faso. Ces chiffres sont supérieurs au taux d'absorption moyen dans la région (77 %).

### 6.2.2. - 1.2. Mise en œuvre par des maîtres d'œuvre nationaux extérieurs au ministère de la Santé

Dans douze pays de la région, des maîtres d'œuvre nationaux extérieurs au ministère de la Santé ont été utilisés pour gérer une ou plusieurs subventions pendant le cycle NFM 1. Ce sont des bureaux rattachés à la Présidence ou à la Primature (deux pays), des ministères autres que celui de la Santé (un pays) et des comités nationaux autonomes de lutte contre la maladie (neuf pays). Ces modalités de mise en œuvre sont plus fréquemment utilisées pour les subventions liées au VIH : dans neuf des dix-neuf pays possédant une subvention spécifique au VIH, celles-ci étaient gérées par une agence nationale de lutte contre le sida de par son mandat.

Ces agences, souvent appelées *Conseil national de lutte contre le sida* (CNLS) dans les pays francophones, ont été créées à partir des années 1990 en réponse à la menace pour la sécurité nationale posée par l'expansion des infections au VIH. Elles interviennent souvent au travers de plaidoyers pour la mobilisation des ressources, de communications nationales pour sensibiliser la population, et de coordination des plans transversaux de lutte contre le VIH/sida.

Ces entités ne rendent compte au ministère de la Santé dans aucun des pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale. Elles sont rattachées au bureau présidentiel, au Cabinet du Premier Ministre ou forment des organes autonomes.

- **Limitation des mandats :** à l'instar des programmes nationaux, ces entités gouvernementales extérieures au ministère de la Santé ne sont pas mandatées pour mettre en œuvre les services de santé et n'ont aucune autorité sur les structures fournissant ces services, et aucun lien contractuel avec elles. Cela affecte leur capacité à conduire efficacement la mise en œuvre des programmes.
- **Difficultés de coordination et de communication :** La coordination et la communication entre les bénéficiaires principaux et le ministère de la Santé, par l'entremise des programmes nationaux de lutte contre la maladie assumant fréquemment le rôle de sous-bénéficiaires, sont souvent complexes et inefficaces. Le partage d'information entre ces entités est long et multiniveaux. Les communications requièrent souvent l'approbation de toute la hiérarchie du ministère de la Santé si les demandes émanent d'une entité externe et le ministère ne possède pas d'accord avec le Fonds mondial. Ces faiblesses bureaucratiques entravent l'élimination des obstacles et le déploiement des activités planifiées.



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

Globalement, ce mode de mise en œuvre des subventions contribue à la faiblesse des taux d'absorption et des résultats.

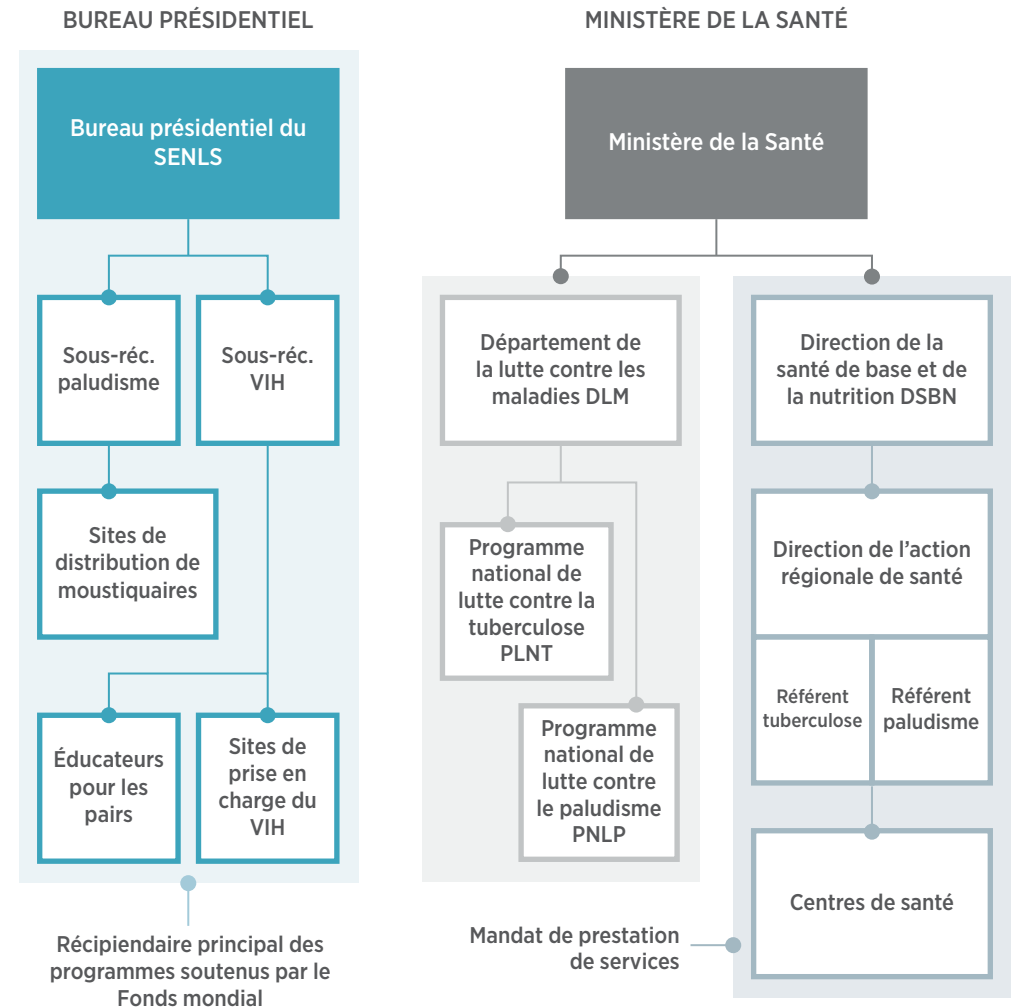
La Mauritanie fournit un bon exemple de modalités de mise en œuvre complexes par un bénéficiaire principal extérieur au ministère de la Santé. Les trois subventions ont été signées avec le Secrétariat exécutif national de lutte contre le sida (SENL). Cependant, le SENL doit passer par trois départements distincts du ministère de la Santé avant de pouvoir dialoguer avec les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et la tuberculose. Après cela, il doit encore échanger à un autre niveau avec un autre département du ministère de la Santé avant de travailler avec les points focaux pour la tuberculose et le paludisme dans les centres de santé. Cette structure complexe souligne le manque de proximité, de contrôle et de suivi stratégique des bénéficiaires principaux auprès des centres de santé s'ils ne sont pas rattachés au ministère de la Santé. Ces modalités inefficaces ont contribué au taux d'absorption extrêmement faible dans le pays (28 % seulement, soit le plus faible de la région).

Bien que la Mauritanie constitue un cas extrême, cet exemple souligne la tendance des subventions gérées par une entité extérieure au ministère de la Santé à obtenir des résultats financiers inférieurs, avec un taux d'absorption moyen de 66 % contre 77 % pour les subventions de la région dont le bénéficiaire principal est issu du ministère de la Santé.

Des pays comme le Burkina Faso et le Sénégal ont amélioré leurs résultats au terme d'une modification de leur modèle de fonctionnement, dont les ajustements sont présentés dans la section précédente.

### ILLUSTRATION 5 :

Mise en œuvre par le bureau présidentiel – exemple de la Mauritanie





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.2.2. - 1.3. Mise en œuvre par des organisations non gouvernementales internationales et des organismes des Nations Unies

Les ONG internationales sont des acteurs importants du paysage du développement ; elles jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des programmes de santé. Le Fonds mondial s'appuie également sur les organismes des Nations Unies pour assumer les fonctions de récipiendaire principal dans les environnements difficiles. Le recours à ces entités atténue souvent les risques liés aux interventions dans ces contextes particuliers.

**Les ONG internationales et les organismes des Nations Unies peuvent combler des lacunes importantes :** Dans divers contextes d'intervention difficiles, le Fonds mondial a fait appel à de multiples ONG internationales et organismes des Nations Unies, utilisant leurs compétences et points forts pour mettre en œuvre des subventions qui auraient autrement souffert des difficultés contextuelles :

- En République démocratique du Congo (RDC), deux ONG, l'une locale, l'autre internationale, servent de maîtres d'œuvre afin de combler les faiblesses en matière de planification et de distribution des produits de santé, et pour déployer les activités communautaires.
- Au Niger, des ONG internationales (CRS et Plan International) sont maîtres d'œuvre afin de pallier les faibles capacités en matière de planification et de distribution. La subvention liée au paludisme bénéficie de leur expertise dans les domaines de l'établissement des budgets, de la planification et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, afin de garantir l'atteinte des objectifs établis.
- En République centrafricaine, des ONG internationales (IFRC et WorldVision) aident en qualité de récipiendaires principaux à la gestion des achats et des stocks et à la gestion financière de toutes les subventions du Fonds mondial dans le pays. Cet accord a été mis en œuvre en 2013 afin d'améliorer la gestion des risques liés aux subventions.

**Présence importante dans la région :** Le Fonds mondial a souvent fait appel à des ONG internationales et des organismes des Nations Unies pour mettre en œuvre ses programmes de santé dans la région de l'Afrique occidentale et centrale. Ils ont servi de récipiendaires principaux afin d'atténuer des risques financiers majeurs, suite à plusieurs cas de fraudes et de détournements importants au début des années 2010. Ils servent également en qualité de sous-récepteurs ou de récepteurs principaux pour déployer des activités spécifiques si les capacités locales sont insuffisantes. Au total, 21 sur 88 subventions du NFM 1 (soit 24 %) dans la région de l'Afrique occidentale et centrale ont été gérées par huit ONG internationales différentes. De plus, 7 % des subventions du NFM 1 étaient gérées par des organismes des Nations Unies.

Source : Données du Fonds mondial sur l'absorption par les pays 2014/2017, en juillet 2018, Équipe chargée des finances - Département Finances, informatique, achats et administration

**Domaines de d'actions types :** Le recours à des ONG internationales est plus prononcé pour les subventions liées au VIH et au paludisme. De fait, contrairement à la tuberculose, la lutte contre ces deux maladies requiert davantage qu'une simple prise en charge des cas et les ONG investies sur ces maladies sont très présentes dans la région. Au Libéria, au Mali, en Guinée, au Bénin, au Congo et en RDC, les ONG internationales sont essentiellement chargées des activités de prévention ou des populations-clés. Pour le paludisme, en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Mali, au Niger, en Guinée, en Sierra Leone, au Libéria, en Gambie, en République centrafricaine et en RDC, les ONG internationales interviennent essentiellement pour la planification et le déploiement des campagnes de distribution de moustiquaires et pour distribuer les trousseaux de dépistage et médicaments à travers leurs chaînes d'approvisionnement.

**Propositions de valeur distinctes selon les rôles :** Les ONG internationales et les organismes des Nations Unies présentent des propositions de valeur différentes selon les rôles spécifiques qui leur sont confiés dans le cadre de la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial.

- **Solide expérience en matière de prestation de services ciblés :** Les ONG internationales et les organismes des Nations Unies apportent une expérience et des capacités solides en matière de prestation de services aux populations-clés, de déploiement d'activités communautaires, de gestion de la chaîne d'approvisionnement et des campagnes de distribution de moustiquaires.
- **Proposition de valeur mixte en coût/avantages comme récipiendaires principaux n'exerçant aucune activité directe de mise en œuvre :** La situation est différente quand les ONG internationales et les organismes des Nations Unies sont nommés récipiendaires principaux uniquement à des fins de gestion financière et d'atténuation des risques. Dans ce cas, une subvention leur est confiée, mais ils sont simplement dépositaires des fonds qu'ils transmettent au ministère de la Santé ou aux entités chargées de mettre en œuvre le programme. En général, ces subventions gérées par des ONG internationales obtiennent des résultats similaires à ceux obtenus par les programmes confiés à un récipiendaire gouvernemental. Cependant, à niveau de résultats égal, les ONG internationales sont généralement plus onéreuses, leurs coûts de gestion étant nettement supérieurs à ceux d'un récipiendaire principal gouvernemental. En moyenne, dans les pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale, les coûts de gestion des programmes gérés par des ONG internationales et des organismes des Nations Unies représentent 22,7 % du budget total de la subvention, soit plus du double des frais engagés par les récipiendaires principaux gouvernementaux (10,9 %). Plusieurs subventions confiées à des ONG internationales enregistrent des coûts de gestion encore plus élevés, atteignant 54 % du budget total de la subvention dans un cas. Les nombreux examens du Comité technique visant les subventions de la région soulignent les frais de gestion importants et le besoin de les analyser et de les minimiser autant que faire se peut (en particulier lors des examens du Mali et du Niger, dont les coûts de gestion étaient compris entre 32 % et 47 % respectivement).





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

**Manque d'alignement potentiel des mesures d'incitation :** Comme tous les bénéficiaires principaux, les ONG internationales sont tenues de garantir une utilisation appropriée des fonds de subvention et doivent rembourser le Fonds mondial en cas de dépenses injustifiées. Quand elles interviennent en tant que gestionnaire de fonds uniquement, les activités sont mises en œuvre par des entités nationales. Aucun cadre juridique n'autoriserait les ONG internationales à recevoir un remboursement des entités nationales en cas de dépenses injustifiées. Cela encourage les ONG internationales à faire preuve d'une extrême prudence lors des décaissements aux niveaux inférieurs, ce qui risque d'affecter la mise en œuvre des activités et l'absorption des fonds (comme le suggèrent les faibles taux d'absorption).

**Faibles taux d'absorption :** Dans la région, le taux moyen d'absorption des subventions gérées par des ONG internationales et des organismes des Nations Unies est de 72 %, contre 77 % pour les bénéficiaires principaux gouvernementaux. Dans neuf pays, les subventions gérées par un bénéficiaire principal gouvernemental enregistrent en moyenne un taux d'absorption supérieur à celles confiées à des ONG internationales ou à des organismes des Nations Unies. Le taux d'absorption moyen des ONG internationales/organismes des Nations Unies déléguant partiellement ou intégralement la mise en œuvre à des institutions nationales chute à 69 %. La Guinée, le Mali et le Niger affichent tous de faibles taux d'absorption, des coûts de gestion élevés et de faibles résultats programmatiques. Les évaluations du Secrétariat visant les ONG internationales nommées bénéficiaires principales relèvent des faiblesses en matière de gestion des sous-bénéficiaires et de la chaîne d'approvisionnement qui affectent les résultats des subventions.

**Mise en balance des objectifs de résultats à court terme avec les capacités nationales attendues à long terme :** Même si les ONG internationales et les organismes des Nations Unies servent à combler temporairement les lacunes en matière de capacités et à améliorer les résultats programmatiques à court et moyen termes, dans la majorité des cas, aucun plan d'affranchissement à long terme n'est établi et les activités de renforcement des capacités ne sont pas inscrites aux budgets. De ce fait, il arrive souvent que ces entités restent en place de nombreuses années ou qu'elles se succèdent les unes aux autres en tant que bénéficiaire principal des subventions, les risques de fraudes et de corruption restant élevés. Sur 15 pays du NFM 1 faisant appel à des ONG internationales et à des organismes des Nations Unies, deux seulement ont ensuite sélectionné un bénéficiaire principal gouvernemental sous le cycle NFM 2. Au Tchad, le PNUD assume le rôle de bénéficiaire principal depuis dix ans. Pour autant, les capacités des entités nationales et les résultats du portefeuille restent faibles.



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.2.2. - 2. La mise en œuvre verticale et le manque d'intégration des trois maladies entraînent des inefficacités au niveau central, un manque d'appropriation et un fardeau sur des prestataires de services de santé en bout de chaîne sanitaire.

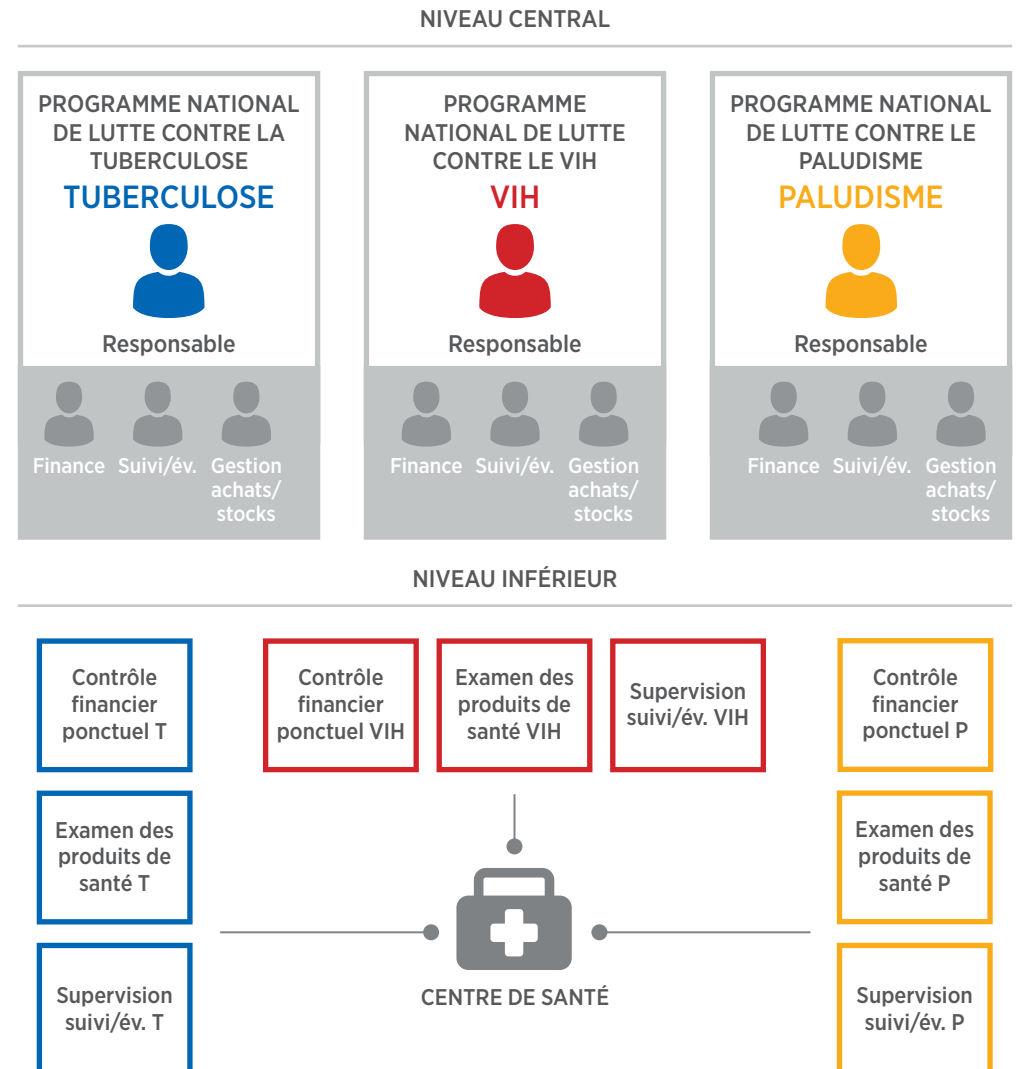
La mise en œuvre dans le cadre de programmes verticaux a généré des progrès importants face aux trois maladies. Si par le passé, cela a permis de réduire le nombre de décès dans la région, cette démarche est de moins en moins efficace et efficiente aujourd'hui.

**Au niveau central :** En raison de la nature cloisonnée des programmes nationaux du ministère de la Santé, les responsabilités fonctionnelles transversales relatives à l'approvisionnement, à la gestion financière, à la supervision et au suivi stratégique sont souvent dupliquées pour chacun des trois programmes. Dans le cycle NFM 1, tous les pays utilisaient ce modèle de fonctionnement et aucun ne possédait d'unité de gestion de programme ou de fonction de coordination similaire (18 des 23 pays). Ce modèle cloisonné et centralisé est pourtant fondamentalement inefficace, chaque programme possédant ses propres structures de support (finance, achats, suivi et évaluation, administration).

**Au niveau inférieur :** Si ce modèle affecte l'efficacité et le rapport qualité/prix au niveau central, son impact négatif en Afrique occidentale et centrale se ressent encore plus fortement au niveau de la prestation de services. Alors que trois équipes différentes gèrent les programmes au niveau central, la prestation de services au niveau inférieur est souvent assumée par un même personnel dans les établissements de santé. Les modalités de gestion uniques et particulières à chaque maladie au niveau central alourdissent la tâche des prestataires de services de santé aux niveaux régional, des districts et des établissements de santé, et ceci encore plus en l'absence de coordination des demandes de données et rapports financiers et des multiples activités de suivi stratégique, notamment de suivi et d'évaluation. Cela affecte particulièrement les pays de l'Afrique occidentale et centrale du fait de l'insuffisance de leurs ressources humaines pour la santé.

#### ILLUSTRATION 6 :

Effet de la mise en œuvre verticale sur la prestation de services de santé





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

Le Fonds mondial s'emploie à accroître l'intégration des programmes, en particulier pour le VIH et la tuberculose. De fait, même si le Cameroun, le Mali et le Burkina Faso avaient établi une note conceptuelle conjointe pour le VIH et la tuberculose sous les cycles NFM 1 et 2, trois subventions avaient été créées, séparant la mise en œuvre des activités relatives à ces deux maladies.

79% des subventions du NFM 2 dans la région sont encore spécifiques à une seule maladie, alors que 70 % des subventions dans le reste de l'Afrique intègrent le VIH et la tuberculose dans des subventions conjointes. Le Bénin, le Burkina Faso, la Mauritanie, le Niger, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et la Sierra Leone possèdent des subventions spécifiques à chacune des trois maladies, ce qui n'est pas sans incidence dans une région où les sommes allouées au VIH et à la tuberculose sont moindres en raison d'une charge de morbidité inférieure à 10 % de la charge mondiale de ces deux maladies. Ces subventions non intégrées ont contribué aux faibles résultats programmatiques liés à la tuberculose.

Certains pays sont parvenus à mieux intégrer les fonctions supports au niveau central avec la prestation de services aux niveaux inférieurs :

- En RDC, une unité de gestion de programme a été établie au sein du ministère de la Santé, regroupant les fonctions d'achat, de comptabilité et de gestion de programme pour les trois programmes nationaux. Des dispositions similaires ont été prises pour deux programmes (tuberculose et paludisme) au Burkina Faso.
- Au Sénégal, faute d'unité de gestion de programme, chaque fonction support est mutualisée et confiée à l'un des trois programmes nationaux (la comptabilité au paludisme, les achats au VIH, etc.).
- En RDC, un sous-récepteur par province est nommé et chargé de la chaîne d'approvisionnement pour les trois maladies.

Globalement, les pays de la région possédant une unité de gestion des programmes ou des fonctions supports intégrées enregistrent une absorption nettement supérieure (de 83 % en moyenne, contre 69 % pour les autres pays de la région).



## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### Recommandations

### 6. DOMAINES CLÉS

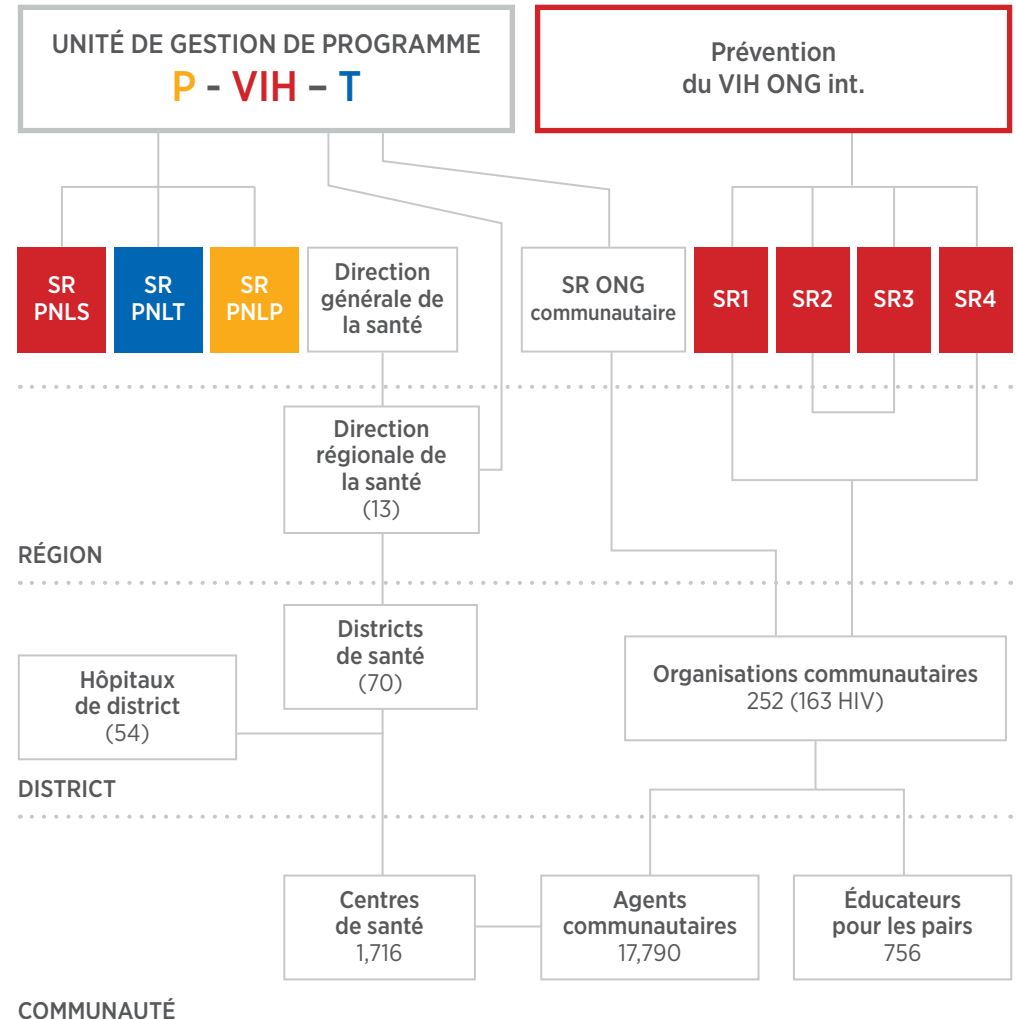
Évaluer les portefeuilles-pays de manière échelonnée pendant la période de mise en œuvre en cours. Analyser le potentiel pour des modalités de mise en œuvre intégrées avec l'entremise d'entités chargées de la prestation décentralisée des services de santé.

Nonobstant les capacités limitées et les risques financiers et fiduciaires élevés dans un grand nombre de pays de la région, les opportunités ci-après peuvent être exploitées :

- **Intégrer les programmes de lutte contre les trois maladies au niveau central par la création d'une structure** regroupant les principales fonctions supports : finance, suivi et évaluation, administration, etc. Cette étape peut inclure l'établissement d'une unité de gestion de programme ou le renforcement d'une unité existante du ministère de la Santé, de préférence servant l'ensemble des donateurs.
- Conserver le rôle central du ministère de la Santé en matière de mise en œuvre et renforcer la redevabilité aux niveaux inférieurs au travers de **contrats tripartites**, notamment de plans de travail et de budgets, entre l'unité de gestion de programme, la Direction générale de la santé et les directions régionales de la santé, chargées de la prestation des services au niveau régional.
- **S'assurer que les modalités de mise en œuvre tirent parti du mandat et des compétences des différents types de maîtres d'œuvre** afin d'équilibrer les besoins programmatiques au regard des responsabilités fiduciaires :
  - i) conserver les **programmes nationaux et les conseils nationaux de lutte contre le sida aux rôles de sous-récepteurs principaux**, aux fins de définir les politiques, le plaidoyer et la coordination des activités de lutte contre les maladies dans le respect de leurs mandats ;
  - ii) si les capacités du pays sont limitées ou que les risques fiduciaires et financiers restent élevés, utiliser des ONG internationales comme récepteurs principaux à titre de solution provisoire, en veillant à l'établissement de **plans de renforcement des capacités soumis à des échéances** pour les entités nationales ; et
  - iii) **faire appel au mandat de prestation de services des ONG internationales**, selon leurs compétences premières, pour combler des lacunes ciblées telles que la distribution de moustiquaires à grande échelle, les activités auprès des populations-clés, les systèmes de santé communautaires et la chaîne d'approvisionnement.

#### ILLUSTRATION 7 :

Carte de mise en œuvre – valorisation des compétences phares de chaque type de maître d'œuvre





## 6.2. Modalités de mise en œuvre

### Inconvénients :

- Capacités insuffisantes au niveau central (unité de gestion de programme) pour remplir cette mission – regroupement des fonctions d'appui et garantie du suivi de la mise en œuvre des programmes.
- Capacités des niveaux inférieurs à suivre la mise en œuvre et à prendre la responsabilité des financements du Fonds mondial. Aptitude à planifier les activités de manière intégrée, suivre les plans de travail, collecter et valider les données, et assurer le suivi des avances financières.
- Difficultés politiques à prendre le relais de la mise en œuvre, auparavant confiée à des entités bien établies dans les pays telles que les conseils nationaux de lutte contre le sida et les programmes nationaux de lutte contre les maladies.
- Profil de risque financier potentiellement accru si la gestion des subventions n'est plus confiée à des ONG internationales.

### Conditions préalables :

- Accompagner le pays lors de la création de l'unité de gestion de programme, en veillant au respect des principes de gouvernance, au recrutement de personnel selon des procédures concurrentielles, et à l'établissement de plans de renforcement des capacités. La présence d'un agent financier temporaire chargé de garantir une gestion appropriée des fonds au niveau central et aux niveaux inférieurs est nécessaire.
- Aux niveaux inférieurs, fournir aux régions les infrastructures (systèmes de comptabilité, outils et directives simples) et le personnel (comptables, opérateurs de saisie et pharmaciens) requis dans le cadre des investissements SRPS. Établir des plans spécifiques de renforcement des capacités et les évaluer régulièrement. Quand les capacités sont limitées, adopter une démarche échelonnée/pilote en matière de décentralisation.
- Si les maîtres d'œuvre traditionnels doivent être conservés, garantir la décentralisation des activités programmatiques.



## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.1. Systèmes résistants et pérennes pour la santé

##### Nécessité de réaliser des investissements stratégiques, pertinents et efficaces dans l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé, afin d'obtenir un impact durable sur les maladies

La mise en place de systèmes de santé fonctionnels est essentielle au déploiement efficace des programmes de lutte contre les maladies. Depuis sa création, le Fonds mondial a conscience de ce lien. Il a intégré un soutien transversal aux systèmes de santé dans son Document-Cadre ainsi que dans les différents référentiels politiques et stratégiques qui ont orienté ses investissements au fil du temps. Cette volonté a abouti à la Stratégie 2017/2022, « Investir pour mettre fin aux épidémies », qui définit l'établissement de « Systèmes Résistants et Pérennes pour la Santé » (SRPS) comme l'un des quatre objectifs stratégiques du Fonds mondial. À l'échelle mondiale, les partenaires reconnaissent que l'atteinte de l'objectif de développement durable 3 (« garantir la bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges »)<sup>1</sup> est indissociable du renforcement des systèmes de santé.

Comme indiqué dans la première partie du rapport, les systèmes de santé en Afrique occidentale et centrale sont plus faibles que dans le reste du monde. Aux fins d'obtenir un impact durable dans la région, il est essentiel de réaliser des investissements stratégiques, pertinents et systématiques dans l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé.

#### ILLUSTRATION 1 :

Investissements SRPS et liés aux maladies dans la région pendant les cycles de financement NFM 1 (2014/2016) et NFM 2 (2017/2019)

Catégories d'investissement	2014/2016 (USD)		2017/2019 (USD)		Cumulés 2014/2019	
	Montant	%	Montant des investissements (\$)	Part (%)	Montant des investissements (\$)	Part (%)
Investissements SRPS directs	386 759 190		256 455 268		643 214 458	
Investissements SRPS contributifs à travers un programme maladie	320 355 017		171 322 310		491 677 326	
<b>Investissements SRPS totaux dans la région</b>	<b>707 114 206</b>	<b>27 %</b>	<b>427 777 578</b>	<b>21 %</b>	<b>1 134 891 784</b>	<b>25 %</b>
Investissements dans des interventions liées à une maladie	1 902 291 234	73 %	1 584 414 505	79 %	3 486 705 739	75 %
<b>Investissements totaux dans la région</b>	<b>2 609 405 440</b>	<b>100 %</b>	<b>2 012 192 083</b>	<b>100 %</b>	<b>4 621 597 523</b>	<b>100 %</b>

Extrait de la banque d'informations du Fonds mondial

<sup>1</sup> ODD 3 : <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>

<sup>2</sup> Les données 2017/2019 n'incluent pas la Guinée équatoriale, le Gabon, la Mauritanie et la Guinée-Bissau, dont les procédures d'établissement des subventions n'étaient pas terminées au moment de l'extraction des données (20 octobre 2018)

#### 6.3.1. - 1.1. Le Fonds mondial a investi de manière significative pour les systèmes résistants et pérennes pour la santé en en Afrique occidentale et centrale au cours des deux derniers cycles de financement

Il a ainsi fourni des investissements directs (subventions SRPS individuelles ou composantes SRPS spécifiques intégrées dans des subventions liées à une maladie) et des investissements contributifs (interventions dans le cadre de subventions liées à une maladie ayant un impact transversal dépassant la maladie). Depuis l'adoption du nouveau modèle de financement (NFM) en 2014, le Fonds mondial a investi plus de 1,1 milliard de dollars US dans des interventions SRPS dans la région.

Comme l'illustre le tableau, la part d'investissements SRPS (directs et contributifs) a baissé proportionnellement dans la région de l'Afrique occidentale et centrale (de 27 % sur 2014/2016 à 21 % sur 2017/2019)<sup>2</sup>. Cette évolution résulte de la réduction générale des budgets alloués à la région pour le cycle de financement 2017/2019 (comme indiqué à la section 2.3 du présent rapport sur les procédures du Fonds mondial).

Source : Données sur la gestion des subventions du Fonds mondial pour les périodes d'allocation 2014/2016 et 2017/2019



## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.1. - 1.2. Les investissements SRPS dans la région sont généralement alignés sur les besoins

Sur le cycle de financement NFM 1 (2014/2016), les investissements visaient principalement les **ressources humaines pour la santé**, les **systèmes d'information sur la gestion de la santé**, et la **prestation de services**. Ces priorités ont été conservées pendant le cycle NFM 2, même si la **chaîne d'approvisionnement** est devenue la troisième catégorie d'investissement la plus importante, devant la prestation de services.

Ces domaines prioritaires sont généralement bien alignés avec les faiblesses identifiées par le présent examen dans la région de l'Afrique occidentale et centrale, même si plusieurs difficultés limitent l'efficacité de ces investissements.

#### ILLUSTRATION 2 :

##### Répartition des financements 2014/2016 SRPS

Poste budgétaire (USD)	Investissements SRPS directs 2014/2016	Investissements SRPS contributifs par une subv. maladie	Total 2014/2016
Ripostes et systèmes communautaires	36 149 170		36 149 170
Prestation de services	32 618 729	60 429 965	93 048 693
Gestion des achats et des stocks	68 101 659	8 365 021	76 466 680
Ressources humaines pour la santé	39 283 486	214 153 578	253 437 064
Systèmes d'information sur la gestion de la santé - Suivi et évaluation	195 011 895		195 011 895
Stratégies nationales de santé	2 827 716	37 406 453	40 234 168
Gestion financière	7 691 561		7 691 561
Autres	5 074 974		5 074 974
<b>Total</b>	<b>386 759 190</b>	<b>320 355 017</b>	<b>707 114 206</b>

La première catégorie de dépenses, les ressources humaines pour la santé, représente 36 %, ou 253 millions de dollars US des investissements au total. Elle est principalement financée au travers d'investissements SRPS contributifs et inclut les salaires, les compléments de salaire et les indemnités. Les systèmes d'information sur la gestion de la santé, qui représentent 28 %, ou 195 millions de dollars US des investissements, sont financés exclusivement par des investissements SRPS directs et essentiellement composés d'activités de mise en œuvre DHIS23 dans la région.

#### ILLUSTRATION 3 :

##### Répartition des financements SRPS 2017/2016

Poste budgétaire (USD)	Investissements SRPS directs 2017/2019	Investissements SRPS contributifs par une subv. maladie	Total 2017/2019
Ripostes et systèmes communautaires	9 819 568		9 819 568
Prestation de services	20 918 964	25 801 878	46 720 842
Gestion des achats et des stocks	49 328 617	7 636 856	56 965 473
Ressources humaines pour la santé	51 641 898	121 099 952	172 741 851
Systèmes d'information sur la gestion de la santé - Suivi et évaluation	111 018 890		111 018 890
Stratégies nationales de santé	5 961 652	16 783 623	22 745 275
Gestion financière	7 765 679		7 765 679
<b>Total</b>	<b>256 455 268</b>	<b>171 322 310</b>	<b>427 777 578</b>

Pour le cycle de financement NFM 2, les ressources humaines pour la santé représentent toujours la première catégorie de dépenses dans la région, près de 173 millions de dollars US étant investis au total (soit 40 % des investissements SRPS). Les systèmes d'information sur la gestion de la santé restent le deuxième poste budgétaire le plus important, avec plus de 111 millions de dollars US de dépenses (entièrement financés au travers d'investissements SRPS directs, comme dans le cycle de financement précédent).

Six pays de la région ont mis en œuvre des subventions SRPS spécifiques (des subventions SRPS individuelles ou intégrées dans une ou plusieurs composantes-maladie), tandis que les autres pays intègrent les investissements SRPS dans le cadre de subventions liées à une maladie.

<sup>3</sup> District Health Information System 2

Source : Données sur la gestion des subventions du Fonds mondial pour les périodes d'allocation 2014/2016 et 2017/2019



## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6.3.2. Difficultés :

#### 6.3.2. - 1. Le manque de ressources humaines pour la santé génère des difficultés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

##### 6.3.2. - 1.1. Pénurie de ressources humaines pour la santé dans la région

Sur la période 2017/2019, les investissements SRPS du Fonds mondial dans la région ciblent principalement les ressources humaines pour la santé, ce qui représente plus de 40 % des dépenses totales. Comme indiqué dans la section du présent rapport sur le contexte, le manque de ressources humaines adéquates reste fortement problématique pour le système de santé de la région. De fait, les pays de l'Afrique occidentale et centrale possèdent l'une des **densités de ressources humaines pour la santé les plus faibles au monde**. La couverture de ressources humaines pour la santé dans la région est **trois fois moins importante que dans le reste de l'Afrique**. De plus, la distribution des agents de santé dans chaque pays est inégale, les zones rurales étant très mal desservies. Dans une région où 57 %<sup>4</sup> de la population vit en zones rurales, l'accès aux services de santé en est affecté.

La pénurie de ressources humaines pour la santé sur le marché du travail reflète les difficultés de l'offre et de la demande :

- Demande : volonté et aptitude du gouvernement, du secteur privé et/ou des bailleurs de fonds à soutenir financièrement les agents de santé dans les cliniques, les hôpitaux ou d'autres niveaux du système de santé ;
- Offre : nombre d'agents de santé disponibles à un moment donné.

Ces lacunes ont un impact sur tous les aspects du marché du travail du secteur de la santé, notamment la formation des agents de santé ; la capacité du système de santé à absorber les ressources humaines disponibles ; la distribution équilibrée des effectifs entre zones rurales et urbaines, et entre soins primaires et secondaires/tertiaires ; la formation continue et l'encadrement en cours d'emploi ; la rétention des agents de santé ; et la gestion de la supervision et des résultats.

Les programmes du Fonds mondial dans la région de l'Afrique occidentale et centrale se heurtent à des difficultés majeures en raison du nombre et des capacités limités des effectifs, en particulier aux niveaux des districts et des centres de santé.

Le manque d'effectifs contraint souvent les personnels à assumer de nombreuses responsabilités. Par exemple, un infirmier possédant une formation rudimentaire en vient à assumer une multitude de tâches cliniques et administratives, notamment des services aux patients, la gestion du centre, la collecte et la communication de données, etc. La conjugaison de compétences limitées et de surcharge de travail compromet la qualité des services fournis et l'exactitude des données y afférentes communiquées.

##### 6.3.2. - 1.2. Les causes profondes sont souvent transversales et systémiques

Les causes profondes sont liées à d'autres aspects du système de santé. L'insuffisance de disponibilité, de capacités, de compétences et de formation des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été identifiée comme l'une des causes profondes des difficultés relatives aux systèmes de gestion de l'information sur la santé et à la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Ces deux domaines présentent des faiblesses majeures dans la région de l'Afrique occidentale et centrale.

Le Fonds mondial a investi 133 millions de dollars US sur les deux derniers cycles de financement aux fins de renforcer les procédures de la chaîne d'approvisionnement dans la région. Malgré ces investissements, ces domaines continuent de présenter des lacunes importantes. Selon les récents audits de pays du Bureau de l'Inspecteur général dans la région, 48 % des conclusions visent des faiblesses de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit notamment de mauvaise gestion des stocks, de qualité insuffisante des produits, de détournements et d'utilisations abusives des fonds, ainsi que de ruptures de stocks entraînant des interruptions des traitements.

Au cours des deux derniers cycles de financement, le Fonds mondial a investi plus de 306 millions de dollars US afin de renforcer les systèmes d'information sur la gestion de la santé dans la région. Ce soutien visait principalement le déploiement du système d'information DHIS2, un logiciel de gestion de l'information personnalisée, en ligne et open source, développé par l'université d'Oslo. Malgré la mise en service de ce système, la communication et la gestion de l'information continuent de présenter des faiblesses importantes. L'enquête de référence sur le système d'information sanitaire menée par le Fonds mondial en 2016 soulignait les difficultés relatives à la couverture, l'exhaustivité et la qualité des données, comme indiqué ci-après :

- 27% des pays possèdent un système national d'information sur la santé couvrant peu les établissements publics de santé ;
- 50% des pays possèdent un système national d'information sur la santé ne tenant pas compte des données du secteur privé ;
- 59% des pays possèdent un système national d'information sur la santé ne tenant pas compte des données communautaires ;
- 45% des pays ne possèdent pas de procédures d'assurance qualité visant à garantir la qualité des données.

<sup>4</sup> Données 2017 de la Banque mondiale





## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.2. - 2. Une meilleure efficacité des outils de coordination SRPS est requise au niveau national

L'obtention d'un impact requiert une démarche collaborative entre les gouvernements, le Fonds mondial, les donateurs et partenaires, et la société civile. Cela est encore plus important pour les investissements SRPS : même si les programmes verticaux ont eu un impact colossal sur les trois maladies (en particulier sur le VIH et la tuberculose), les interventions liées à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé bénéficient d'un déploiement horizontal et transversal, et requièrent la collaboration de nombreux acteurs.

À l'exception du Sénégal (qui a établi une plateforme de coordination des bailleurs de fonds) et du Burkina Faso (dont une unité de gestion de programme du ministère de la Santé fait office de récipiendaire principal des financements SRPS de plusieurs donateurs), la région ne possède généralement pas de plateformes nationales regroupant les investisseurs ciblant les SRPS. Au lieu de cela, les investissements des donateurs, dont ceux du Fonds mondial, sont éparpillés dans plusieurs domaines du système de santé.

#### 6.3.2. - 3. Faiblesses transversales particulièrement pertinentes dans la région de l'Afrique occidentale et centrale

Parallèlement à cet examen de la mise en œuvre des subventions dans la région, plusieurs instances du Fonds mondial procèdent actuellement à des examens spécifiques relatifs aux SRPS. Le Bureau de l'Inspecteur général mène un audit sur les SRPS, le groupe technique de référence en évaluation conduit un examen thématique sur les SRPS, et le Comité technique a publié un rapport sur les investissements SRPS au cours du cycle de financement 2017/2019. Le présent rapport sur l'Afrique occidentale et centrale n'a pas vocation à reproduire les travaux et les conclusions de ces examens. Il s'y réfère pour identifier les faiblesses et émettre des recommandations.

L'audit du Bureau de l'Inspecteur général sur la gestion des investissements SRPS du Fonds mondial relève les faiblesses ci-après :

- Les structures, systèmes, procédures et compétences, tant au sein du Secrétariat qu'au niveau des outils de mise en œuvre dans les pays (notamment la structure des instances de coordination nationale) sont essentiellement conçus pour des interventions spécifiques à une maladie plutôt que pour des programmes SRPS transversaux.
- Le cadre des indicateurs de résultats fait peu de place aux activités SRPS. De ce fait, il est difficile d'évaluer les progrès des activités SRPS au regard des stratégies et des subventions. Les interventions SRPS exigeant par nature un travail de longue haleine, le cycle triennal des subventions peut s'avérer trop court pour atteindre les résultats attendus.

- Les activités SRPS contiennent peu de mesures de pérennité. Certains objectifs opérationnels de l'objectif stratégique 2 visant à établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé ne possèdent pas d'indicateurs de résultats. Cela complique l'évaluation des progrès dans ces domaines.

Les faiblesses identifiées dans l'audit du Bureau de l'Inspecteur général sur les SRPS touchent l'ensemble du portefeuille du Fonds mondial et coïncident avec les faiblesses dans ce domaine identifiées dans le présent rapport sur l'Afrique occidentale et centrale. Les systèmes de santé étant généralement peu développés dans la région, l'impact des interventions SRPS dépend largement d'une démarche du Fonds mondial adaptée aux défis spécifiques à ce domaine.

Les objectifs opérationnels de l'objectif stratégique 2 qui ne possèdent pas d'indicateurs de résultats sont particulièrement importants pour la région de l'Afrique occidentale et centrale. Cela inclut : la *valorisation des investissements stratégiques dans les ressources humaines pour la santé*, l'une des principales faiblesses de la région ; le *renforcement des es ripostes et systèmes communautaires*, qui jouent un rôle important pour offrir les services de santé aux populations là où le système de santé traditionnel est faible et ne couvre pas suffisamment la population ; et le *soutien de la santé reproductive, féminine, infantile et adolescente, ainsi que les plateformes de prestation de services intégrés*, qui présentent un fort potentiel pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la région (l'une des plus élevées au monde).



## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.3. Appui technique

Le Fonds mondial définit l'appui technique comme :  
« l'engagement de personnes possédant les compétences techniques spécifiques et pertinentes pour appuyer un dialogue inclusif au niveau des pays ainsi que les activités préparatoires, les procédures d'établissement des subventions ou la mise en œuvre des programmes qu'il soutient. »

Plusieurs faiblesses identifiées dans la région de l'Afrique occidentale et centrale sont liées au manque général de capacités. Les systèmes et institutions de santé y sont moins développés et les ressources humaines qualifiées pour la santé font cruellement défaut (voir la section du présent rapport sur le contexte). Pour ces raisons, l'appui technique des partenaires et donateurs, dont le Fonds mondial, à des fins de renforcement des capacités à long terme et de soutien ciblé à court terme, est essentiel à une mise en œuvre efficace des subventions dans la région et à l'obtention d'impact.

#### 6.3.4. Appui technique des partenaires

Plusieurs partenaires fournissent un appui technique en soutien aux programmes de lutte contre les maladies et aux investissements SRPS transversaux (notamment ceux financés par le Fonds mondial) aux niveaux mondial, régional et national. Ce sont des prestataires d'appui technique bilatéraux et multilatéraux tels que l'OMS, l'ONUSIDA, Roll Back Malaria et le partenariat StopTB.

La plupart de ces partenaires interviennent dans le cadre d'un engagement bilatéral ou multilatéral auprès d'un pays ou d'une région. Cependant, certains donateurs bilatéraux au Fonds mondial intègrent la délivrance d'appui technique dans leurs contributions au Fonds Mondial lors des conférences de reconstitution des ressources. C'est notamment le cas du gouvernement des États-Unis, du gouvernement allemand à travers l'initiative BACKUP

Health<sup>5</sup>, et des autorités françaises à travers l'Initiative 5 %. La gestion de ces types de contributions, selon des modalités laissant au Fonds mondial moins d'influence et de marge de manœuvre qu'avec les contributions traditionnelles, présente quelques difficultés.

Dans la région de l'Afrique occidentale et centrale, l'Initiative 5 % d'Expertise France est le premier contributeur au Fonds mondial sous forme d'appui technique.

Cette initiative fournit un appui technique et un renforcement des capacités à court et long termes, pendant l'établissement des subventions et leur mise en œuvre, et soutient des projets de renforcement des capacités de nature générale, aux niveaux régional et national.

Les financements de l'Initiative 5 % à des fins d'appui technique et de renforcement des capacités sont employés au moyen des outils ci-après :

- **CANAL 1:** Appui technique à court terme pour l'accès aux financements, l'établissement des subventions et la mise en œuvre des programmes. Cela comprend un soutien aux instances de coordination nationale et aux procédures d'établissement des subventions dans les pays ; la conduite d'évaluations et de diagnostics ; et un appui technique ciblé, par exemple afin d'améliorer les procédures d'assurance qualité dans les laboratoires nationaux et la conduite de diagnostics de la pharmacovigilance.
- **CANAL 2 :** Financement de projets au long cours (de deux à quatre ans) centrés sur le renforcement des capacités. Il peut notamment s'agir de renforcement des capacités dans le cadre de projets dans un ou plusieurs pays, par exemple à des fins d'établissement de réseaux de formation, d'amélioration de l'accès aux services, de suivi et évaluation, d'amélioration des capacités des chaînes logistiques et d'approvisionnement, et d'interventions spécifiques à une maladie.
- **CANAL 3 :** Un troisième canal a été établi temporairement afin de soutenir le renforcement des capacités pendant et après l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest.

<sup>5</sup> Initiée et financée par le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement. Depuis 2013, elle est cofinancée par la Direction suisse du développement et de la coopération.



## 6.3. Appui technique et SRPS

### ILLUSTRATION 4 :

Aperçu du soutien à la région fourni par l'Initiative 5 % d'Expertise France en 2017

	VIH	Tuberculose	Paludisme	SRPS/ transversal	Total des dépenses	Dépenses dans la région	Dépenses dans la région en % du total
Canal 1 : (missions d'experts) - court terme	20,1 %	6,2 %	11,1 %	62,6 %	3 459 508,00	2 815 614	81 %
Canal 2 : (financement de projet) - long terme	52,8 %	6,5 %	12,7 %	28 %	7 665 130,00	6 750 016	88 %
<b>Total</b>					<b>11 124 638,00</b>	<b>9 565 630,00</b>	<b>86 %</b>

86% des investissements de l'Initiative 5 % d'Expertise France sont alloués à la région de l'Afrique occidentale et centrale.

La majorité des financements de missions d'experts à court terme est allouée à des composantes SRPS/transversales, tandis que les financements de projets à long terme sont répartis peu ou prou équitablement entre le VIH et le SRPS.

### ILLUSTRATION 5 :

Aperçu du soutien à la région fourni par l'Initiative 5 % d'Expertise France en 2017





## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.4. - 1. Difficultés :

##### Manque d'outils valorisant l'appui technique fourni par les partenaires clés en faveur des programmes du Fonds mondial

Le Fonds mondial ne possède pas de cadre complet et clairement défini de gestion de l'appui technique fourni par ses partenaires comme partie intégrante de leurs contributions au Fonds. Un tel cadre permettrait pourtant : de garantir l'optimisation des synergies ; d'aligner l'appui technique et le renforcement des capacités sur les besoins du Fonds ; et de fournir une bonne visibilité des contributions.

##### 6.3.4. - 1.1. Améliorer la visibilité des investissements des partenaires sous forme d'appui technique

Le Fonds mondial ne possède pas de procédure structurée pour la signature de protocoles d'accord avec les partenaires qui garantirait la visibilité de leurs contributions. Il a peu de visibilité sur les investissements en appui technique fournis par l'Initiative 5 %, et l'information n'est pas partagée régulièrement.

Un rapport annuel 2017 de l'Initiative 5 % a été transmis au Fonds mondial en décembre 2018. Celui-ci décrit les investissements de haut niveau et fournit des aperçus de chaque projet du canal 2, sans pour autant indiquer les décaissements annuels ou l'état de la mise en œuvre. Avant le rapport annuel de 2017, le Fonds mondial avait peu d'information sur le canal 1, notamment sur les investissements par pays, maladie ou système de santé.

Ce manque de systématisme dans l'échange d'information peut restreindre les opportunités d'établissement de complémentarités et de synergies entre les initiatives de renforcement des capacités du Fonds mondial et celles de l'Initiative 5 %. Une meilleure coordination permettrait au Fonds mondial d'intégrer l'appui technique de l'Initiative 5 % dans la conception des subventions et de mieux utiliser les ressources disponibles pour combler des lacunes fondamentales qui limitent l'efficacité de mise en œuvre des subventions.

#### 6.3.4. - 1.2. Améliorer les opportunités de valorisation des investissements des partenaires

Les subventions du Fonds mondial suivent un cycle triennal. Une subvention peut commencer à tout moment au cours du cycle d'allocation. Or, les pays souhaitant bénéficier d'un appui technique au travers du canal 1 adressent leurs besoins directement à l'Initiative 5 %, sans passer par le Fonds mondial. L'appui technique à court terme est approuvé plus fréquemment. Le manque d'alignement entre le cycle du Fonds mondial et le modèle de l'Initiative 5 % offrant un appui technique en continu complique la coordination efficace des interventions techniques et l'affectation des ressources disponibles au moment de l'établissement des subventions, ainsi la planification des budgets en conséquence.

Pour les projets sur le long terme financés au travers du canal 2, la procédure de définition des thématiques est plus ouverte. Le Fonds mondial est consulté afin de prévenir les doubles emplois et de garantir l'alignement global des projets sur ses besoins. Cependant, aucune procédure ne garantit la coordination avec le Fonds mondial tout au long de la mise en œuvre des projets approuvés. Celui-ci ne peut donc pas coordonner les projets, trouver des synergies et prendre le relais à leur expiration, le cas échéant.

#### 6.3.5. Appui technique dans le cadre des subventions du Fonds mondial

Le Fonds mondial fournit un appui technique à court et à long termes aux instances de coordination nationale, aux maîtres d'œuvre ou aux organismes de la société civile. Les financements peuvent être demandés directement par le pays, ou recommandés par le Fonds mondial. Les demandes d'appui technique peuvent être émises à tout moment du cycle de financement, même si la majorité des demandes sont exprimées pendant le dialogue au niveau du pays et l'établissement des subventions.

Le Fonds mondial a alloué plus de 61 millions de dollars US à la région de l'Afrique occidentale et centrale à des fins d'appui technique au cours des cycles de financement NFM 1 et NFM 2<sup>6</sup>. Ces aides ont contribué à améliorer la conception et la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, et à renforcer durablement les capacités des pays. Cependant, le modèle d'appui technique du Fonds mondial présente des faiblesses transversales qui affectent l'Afrique occidentale et centrale de manière disproportionnée, car les systèmes nationaux de gestion de la coordination et de l'évaluation y sont souvent moins développés.

<sup>6</sup> Selon les catégories de coûts 2.2 Indemnités/coûts de déplacement/autres coûts liés à l'assistance technique et 3.1 Frais d'assistance technique/honoraires de consultants. Référez-vous à la section 3.1.2. sur les limitations du calcul des dépenses relatives à l'appui technique.



## 6.3. Appui technique et SRPS

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.3.5. - 1. Difficultés :

##### 6.3.5. - 1.1. Nécessité d'adopter une démarche exhaustive de coordination de l'appui technique

Au sein du Secrétariat du Fonds mondial, le département chargé de l'appui technique et des partenariats gère la coordination des partenaires d'appui technique, sans disposer de personnel dédié à cette tâche. Le Secrétariat n'a pas défini les rôles et responsabilités en matière de référent, de coordination entre les partenaires, et d'établissement des politiques, orientations et outils. En conséquence, la coordination des partenaires est répartie entre plusieurs fonctions du Secrétariat :

- Le Département de l'assistance technique et des partenariats est chargé de coordonner l'appui technique des partenaires bilatéraux et multilatéraux, et organise des forums d'appui technique avec les partenaires tels que le Groupe des partenaires techniques ;
- la Division des relations externes assure le suivi de l'appui technique fourni par les donateurs bilatéraux et peut faire office de référent informel pour des portefeuilles spécifiques ;
- les équipes-pays chargées de gérer les subventions coordonnent l'appui technique au sein de leurs portefeuilles.

Actuellement, il n'existe pas de cartographie complète de l'appui technique financé par le Fonds mondial, notamment des investissements régionaux, nationaux, spécifiques à une maladie ou transversaux, relatifs au SRPS par exemple. Cette fragmentation entrave la capacité du Fonds à prendre des décisions stratégiques à long terme relatives aux besoins d'appui technique et aux interventions y afférentes.

##### 6.3.5. - 1.2. Manque de visibilité sur les montants investis dans l'appui technique

Le financement de l'appui technique (à court et long termes) est inscrit au budget des subventions, qui indique les catégories de coûts standard d'appui technique. Cependant, les pays et les équipes-pays utilisent cet outil de manière incohérente. Un appui technique supplémentaire peut être financé selon l'évolution des besoins. Pour autant, les budgets initiaux ne sont alors pas actualisés. L'appui technique financé au niveau des sous-récepteurs n'est pas toujours inclus dans le budget global des subventions. Aucune distinction n'est établie entre les appuis techniques à court et à long termes, ou entre les études/diagnostics/enquêtes et activités visant à renforcer les capacités des pays. Cela limite la capacité du Fonds mondial à concevoir un appui technique efficace et à garantir un suivi et un contrôle appropriés des investissements y afférents.

##### 6.3.5. - 1.3. Amélioration requise des procédures relatives à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'appui technique à long terme

Les pays peuvent demander un appui technique à long terme sans présenter d'évaluation claire des besoins et de plan de renforcement des capacités, puisqu'il n'existe aucun mécanisme permettant d'en vérifier l'application. Aucune cartographie complète ne répertorie les besoins d'appui technique des pays, leur financement et les déficits de financement.

Au niveau national, les pays ne sont pas tenus d'établir un plan de travail formel : un seul des douze pays de la région visés par le présent examen possédait un plan d'appui technique indiquant les principaux produits attendus et les échéances à court et à long termes.

L'appui technique est mis en place sans mandat clair et sans indicateurs de résultats clés afin de mesurer les progrès et les réalisations. Le Secrétariat du Fonds mondial ne possède pas de procédure de suivi régulier visant à garantir l'atteinte des objectifs. L'appui technique à long terme a été examiné dans cinq pays (Guinée, Mauritanie, Tchad, Niger et Mali). Tous ont été confrontés aux difficultés ci-avant, limitant l'efficacité des investissements du Fonds mondial en matière d'appui technique.



## 6.3. Appui technique et SRPS

### Étude de cas : difficultés liées à l'établissement, à l'évaluation et au renforcement des capacités à travers un appui technique au Tchad

Au Tchad, un pays classé comme contexte d'intervention difficile, le Fonds mondial a investi largement dans l'appui technique, dans le cadre du déploiement de la politique de sauvegarde supplémentaire. Cependant, ces efforts n'ont entraîné aucune amélioration notable et durable.

Entre 2013 et 2017, le Fonds mondial a décaissé près de **2,1 millions d'euros** en faveur de huit prestataires d'appui technique internationaux, le plus souvent à travers le mécanisme de coordination FOSAP (*Fonds de soutien aux activités en matière de population et de lutte contre le sida*).

#### Difficultés :

Un audit du Bureau de l'Inspecteur général des subventions du Fonds mondial au Tchad datant de 2018 relève les faiblesses en matière de conception, de mise en œuvre et de suivi de l'appui technique ci-après :

1. l'absence d'évaluation claire empêchait l'identification des besoins en appui technique ;
2. l'appui n'était pas fourni dans le cadre d'un plan de renforcement des capacités des bénéficiaires principaux et aucunes échéances n'étaient définies pour sa mise en œuvre et livraison ;
3. le taux élevé de rotation du personnel du bénéficiaire principal n'a pas été pris en compte lors de la planification de l'appui technique ;
4. aucun indicateur clé de résultat n'avait été établi afin d'évaluer objectivement les avancées. Aussi, certains prestataires d'appui technique étaient chargés de tâches qui auraient autrement pu être exécutées par le personnel local ;
5. aucune stratégie de sortie ou feuille de route jusqu'à la fin des interventions n'avait été définie.

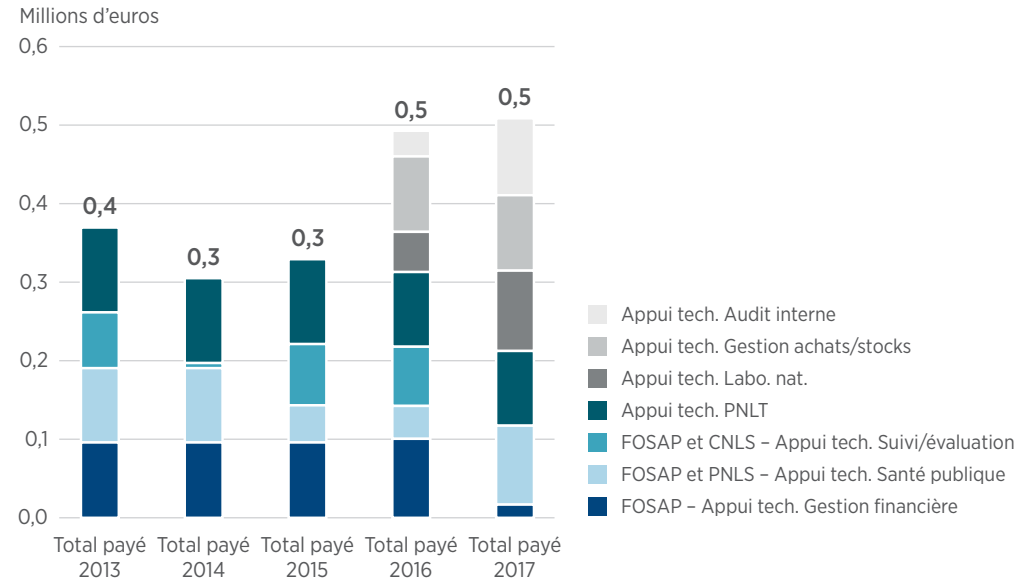
#### Conséquences :

Cela a entravé l'efficacité de l'appui technique et le renforcement durable des systèmes ou capacités. Faute d'outil d'évaluation clair, le Fonds mondial n'a pas pu s'assurer du rapport coût-efficacité des interventions.

Le manque d'efficacité de l'appui technique fourni a entraîné :

- une stagnation des résultats des subventions ;
- des ruptures de stock de médicaments et produits de santé essentiels, impactant les services aux patients ;
- un manque d'efficacité des supervisions, qui n'ont pas été menées dans le respect du plan établi ;
- une gestion financière inadéquate : malgré un appui technique depuis plusieurs années en matière de gestion financière, les auditeurs externes ont émis des opinions avec réserve pour plusieurs subventions et l'agent local du Fonds a maintes fois relevé des pièces justificatives de paiements inadaptées ; et
- manque de motivation des prestataires d'appui technique pour renforcer les capacités, puisque cela rendrait leur fonction superflue.

ILLUSTRATION 6 : Coûts d'appui technique au Tchad 2013/2017



Source : Données sur la gestion des subventions du Fonds mondial



## 6.3. Appui technique et SRPS

### Recommandations

### 6. DOMAINES CLÉS

#### Investissements SRPS :

- Exiger une **cartographie des investissements SRPS des donateurs** dans le cadre de la soumission de la note conceptuelle.
- Aider les pays à **établir des plateformes de coordination des donateurs au niveau des pays ou à les renforcer**, afin de coordonner les interventions SRPS.

#### Appui technique :

- Dans le cadre du dialogue au niveau du pays, **déterminer l'ensemble des besoins en appui technique** aux fins de définir la démarche et les interventions à court et à moyen termes (cycle des subventions) et à long terme (cycle des stratégies).
- Dialoguer avec les pays et les partenaires (France, GIZ, ONUSIDA, OMS, etc.) et **identifier un organisme chargé de coordonner et diriger la planification de l'appui technique programmatique conjoint**, afin de garantir une identification claire des besoins et d'éviter les chevauchements et les déficits de mise en œuvre.
- **Établir des accords-cadres d'appui technique** avec les principaux partenaires fournissant ou finançant l'appui technique en Afrique occidentale et centrale, principalement l'AFD et Expertise France. Ces accords-cadres doivent harmoniser les financements et les interventions au regard de l'évaluation exhaustive des besoins, afin de donner la priorité à des appuis techniques de longue durée, aptes à renforcer les capacités, plutôt qu'à des interventions ad hoc comblant des besoins à court terme.
- **Établir des mandats clairs orientant chaque intervention**, indiquant les objectifs et des jalons clairs, des indicateurs clés de suivi des avancées ainsi qu'une procédure d'évaluation annuelle.

#### 6.4.1. Introduction

L'un des éléments clés de l'objectif de développement durable 3 est de garantir à chacun le bénéfice d'une couverture sanitaire universelle, comprenant « une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable<sup>1</sup> ».

En Afrique occidentale et centrale, l'accès des populations aux services de santé se heurte à des obstacles majeurs.

Alors que l'incidence du VIH y est moindre que dans le reste de l'Afrique, la région enregistre des avancées plus timorées au regard des objectifs 90-90-90, le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès à un traitement y est inférieur et la mortalité plus élevée. Le nombre de cas manquants de tuberculose augmente, ainsi que le nombre de décès. Le nombre de décès liés au paludisme est proportionnellement supérieur à la charge de morbidité (voir la section du présent rapport sur les résultats). Ce sont autant d'éléments révélateurs de barrières à l'accès des populations à des services de santé adéquats.

L'accès aux services dans la région se heurte aux principaux obstacles suivants :

- **Obstacles financiers** liés au reste à charge et aux frais élevés facturés aux patients pour des services censés être fournis gratuitement.
- **Obstacles géographiques** à l'accès aux centres de santé. La population réside majoritairement en zones rurales, les centres de santé sont mal équipés ou en sous-effectifs, et les systèmes de santé communautaires ne sont pas pleinement fonctionnels.
- **Obstacles sociaux** limitant l'accès aux services par les membres des populations-clés, en raison de stigmatisations, de discriminations et d'un manque d'organisations de la société civile pouvant fournir des services et mener les actions de plaidoyer.

#### 6.4.2. Difficultés liées aux obstacles financiers

##### 6.4.2. - 1. Dépenses à la charge des patients plus élevées que dans le reste de l'Afrique

En Afrique occidentale et centrale, le reste à charge est près de 40 % supérieur à celui du reste du continent. Dans la région, les patients paient 45 % en moyenne des frais de santé au moment des soins, contre 34 % dans le reste de l'Afrique.

Ce reste à charge important accroît les obstacles à l'accès aux services de santé et dissuade les patients de consulter, retardant ou empêchant l'accès aux soins. Cette tendance se traduit par un taux de dépistage et de placement sous traitement moins élevé, davantage d'abandons de traitement et un excès de mortalité et de morbidité. Ces obstacles aggravent souvent la détresse financière et les dettes de personnes déjà pauvres. Les populations vulnérables, notamment les femmes (qui sont souvent les plus démunies financièrement), sont plus fortement touchées.

Les frais de prise en charge regroupent les paiements aux prestataires de santé au moment des soins, ainsi que les frais annexes et propres à chaque patient associés à l'utilisation des services de santé tels que le transport et la restauration. Ils peuvent également inclure le coût lié à l'achat de médicaments dans des pharmacies privées si les établissements de santé sont en rupture de stock de médicaments gratuits<sup>2</sup>. Les systèmes de santé dont les structures de financement sont faibles s'appuient souvent sur les patients pour couvrir une part importante des coûts.

Bien que les pays d'Afrique occidentale et centrale soient sensiblement plus pauvres que le reste du continent, les dépenses des gouvernements de cette région représentent un tiers seulement de celles de leurs pairs africains. Cette situation crée une double charge pour les patients dans la région. Malgré leurs faibles ressources, ils doivent contribuer davantage pour accéder aux services de santé.

Le Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'ONUSIDA identifie le reste à charge élevé comme l'un des principaux obstacles à l'accès aux services de santé (principalement aux services de prise en charge du VIH) dans la région<sup>3</sup>.

Dans son rapport « **Taxing the ill** » (Taxer les malades), MSF indique que **le reste à charge revient à taxer les malades plutôt qu'à contribuer à l'amélioration de la santé et a de graves conséquences sur les plus vulnérables.**

<sup>1</sup> Cible 3.8 de l'ODD 3 sur la santé : <http://www.globalgoals.org/globalgoals/good-health/>

<sup>2</sup> Exclut les contributions aux services de santé, notamment au travers des impôts et des primes d'assurance-maladie.

<sup>3</sup> ONUSIDA : Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre



## 6.4. Accès à la santé

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.4.2. - 2. Politique de gratuité des soins dans la région

Dans la plupart des pays de la région, les médicaments financés par le Fonds mondial font partie des médicaments essentiels fournis sans frais à la population dans le cadre d'un programme de gratuité. Ce n'est néanmoins pas le cas du Ghana, où les antipaludéens sont payants, et de la Côte d'Ivoire, où les antipaludéens sont gratuits seulement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Même si les pays fournissent ces médicaments gratuitement, d'autres coûts liés à l'accès aux soins ne sont pas toujours gratuits. Par exemple, les traitements antirétroviraux sont gratuits, mais des services essentiels tels que la numération des CD4 et les tests de charge virale, et d'autres diagnostics de laboratoire, sont souvent payants. Or, ces restes à charge élevés dissuadent en particulier les patients ayant besoin de traitements de longue durée (par exemple pour le traitement de la tuberculose) ou à vie (pour le VIH).

Ainsi, au Cameroun, les antituberculeux sont gratuits, mais un test de dépistage peut coûter 42 dollars US. Le coût d'un traitement contre le VIH peut s'élever à 140 dollars US par an si l'on inclut les coûts des tests de laboratoire, les tests de charge virale et la numération des CD4. Aussi, bien que les tests de dépistage du paludisme soient gratuits, les médicaments restent payants. Même si ces montants pourraient ne pas sembler significatifs, ils peuvent pourtant représenter une charge financière importante et un obstacle certain à l'accès aux services de santé et aux traitements de longue durée.

« La politique de gratuité des médicaments contre les trois maladies est efficace, mais les coûts des examens, d'autres médicaments essentiels et les coûts indirects (transport, hospitalisation, etc.) limitent l'accès aux services de santé. »

Instance de coordination nationale en Guinée participant à l'enquête

« La majorité des services sont gratuits, mais les patients ne le savent pas. »

Instance de coordination nationale en Mauritanie participant à l'enquête

Les politiques de gratuité ne sont pas systématiquement formalisées, appliquées et contrôlées par les gouvernements dans l'ensemble de la région, ce qui peut entraîner un manque de conformité. Les acteurs locaux s'accordent pour dire que les patients ne sont pas suffisamment informés de la politique de gratuité ainsi que des services et médicaments qui sont censés être fournis gratuitement. De ce fait, les patients ont plus de difficultés à demander les soins de santé auxquels ils ont droit.

Selon les résultats de l'enquête du Bureau de l'Inspecteur général, **66 % des sondés estiment que l'argent est un obstacle majeur à l'accès aux services.**

Il est compliqué d'élargir la couverture de gratuité dans un environnement dont les investissements dans la santé sont limités. Dans la région, les agents de santé ne sont pas toujours rémunérés ou payés en temps opportun, et les investissements dans les infrastructures de santé ne suivent pas la demande, en particulier dans les zones rurales. Les établissements sanitaires de premier contact sont souvent sous-financés et tirent une partie de leurs ressources des services facturés aux patients. Les politiques de gratuité n'étant pas toujours accompagnées d'une hausse des allocations publiques, elles peuvent amoindrir le financement pourtant essentiel des établissements de santé.

Compte tenu du compromis à définir entre le respect des politiques de gratuité et le financement des établissements de santé, les difficultés relatives au reste à charge des patients ne peuvent être évaluées isolément. Pour les atténuer, il convient d'analyser le contexte du financement de la santé propre à chaque pays, en particulier la rémunération des agents de santé et le soutien aux établissements de santé au niveau communautaire.

## 6.4. Accès à la santé

### 6. DOMAINES CLÉS

**ILLUSTRATION 1 :**  
Politiques de gratuité et observance dans les pays examinés

	Burkina Faso	République centrafricaine	République démocratique du Congo	Guinée	Guinée Bissau	Sénégal
<b>Reste à charge</b>	33,6 %	42,9 %	38,5 %	60,9 %	44,8 %	44,4 %
<b>Dépistage du paludisme</b>	Gratuit pour les moins de cinq ans et les femmes enceintes, mais principe non respecté dans les cliniques privées	Tests de dépistage rapide gratuits, mais tests de confirmation en labo payants. Les établissements ont tendance à demander un test de laboratoire, même quand ce n'est pas nécessaire.	Gratuité  La plupart des patients paient la consultation, certains les médicaments	Gratuité  La plupart des patients paient la consultation (0,50 USD), certains les médicaments	Gratuité	Pas de politique de gratuité
<b>Antipaludéens (CTA)</b>	Gratuit pour les moins de cinq ans et les femmes enceintes, mais principe non respecté dans les cliniques privées	Gratuité  Quand les CTA publics sont en rupture de stock, les prestataires vendent des CTA du secteur privé.	Gratuité	Gratuité	Gratuité	Pas de politique de gratuité
<b>Antituberculeux</b>	Gratuité	Gratuité	Gratuité	Gratuité	Gratuité	Gratuité
<b>Consultation et prise en charge de la tuberculose</b>	Gratuité	Seule la première consultation est gratuite. Les PVVIH bénéficient de consultations gratuites tout au long du traitement.  Hospitalisation gratuite dans les hôpitaux publics.			Gratuité	Diagnostic gratuit depuis 2013. Ces services sont payants, hormis pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, dont le Fonds mondial finance l'hospitalisation.
<b>Dépistage et traitement du VIH/sida</b>	Gratuité	Gratuité des médicaments financés par le Fonds mondial	Gratuité	Gratuité	Gratuité	Gratuité
<b>Dépistage du VIH/sida et consultation pendant le traitement (numération des CD4, tests de la charge virale, etc.)</b>	Gratuité, sauf pour les tests biologiques complémentaires	Gratuité des traitements financés par le Fonds mondial	Gratuité de la numération des CD4 et des tests de charge virale, mais souvent non respectée.  Les patients doivent souvent payer la consultation, les tests de laboratoire et les médicaments de traitement des infections opportunistes avant le début du traitement antirétroviral.	Gratuité de la numération des CD4 et des tests de charge virale, mais souvent non respectée.  Le coût des tests de laboratoire et de numération des CD4 avant le début du traitement antirétroviral peut atteindre 16 dollars US. Le coût d'une consultation peut atteindre 5 dollars US.	Free in policy	Free in policy

## 6.4.3. Difficultés liées aux obstacles géographiques

### 6.4.3. - 1. Concentration des populations en zones rurales, compliquant l'accès aux services de santé

Plus de la moitié de la population d'Afrique occidentale et centrale vit en zones rurales. La distribution des agents de santé est inéquitable et les zones rurales souffrent de graves pénuries de ressources humaines pour la santé. Dans une région déjà touchée par une insuffisance de personnel de santé, les quelques ressources humaines disponibles sont concentrées dans les zones urbaines.

L'Afrique centrale compte trois établissements de santé pour 100 000 habitants, et l'Afrique occidentale en possède 3,52, soit environ la moitié des sept pour 100 000 habitants recommandés par l'OMS<sup>4</sup>. De plus, la densité de population dans la région est inférieure de moitié à celle du reste du continent<sup>5</sup>. Cette faible couverture d'effectifs de santé alliée à une faible densité prive un grand nombre d'habitants d'accès à un centre de soin dans un périmètre géographique raisonnable.

Le manque d'infrastructures et le mauvais état du réseau routier, alliés à des systèmes de transports publics peu développés dans de nombreuses parties rurales de l'Afrique occidentale et centrale, représentent des obstacles géographiques à l'accès aux services de santé. Même des déplacements de courtes distances peuvent être longs et onéreux, et certaines routes sont inaccessibles pendant la saison des pluies. Ces faiblesses peuvent dissuader les patients de venir se faire soigner en établissement de santé.

Selon l'enquête du Bureau de l'Inspecteur général, **65 % des sondés considèrent que les facteurs géographiques font partie des trois premiers obstacles à l'accès aux services de santé dans la région.** Ces facteurs sont le plus souvent cités avec les obstacles financiers.

« Malgré les efforts visant à éliminer les obstacles géographiques, les routes et les infrastructures en Guinée restent très peu développées et empêchent ou entravent les déplacements de la population jusqu'aux établissements de santé. »

Maître d'œuvre lié au VIH en Guinée, participant à l'enquête

### 6.4.3. - 2. Transfert des tâches visant à rapprocher les soins des patients toujours en cours de déploiement

Le transfert de tâches implique de réaffecter des responsabilités incombant à des professionnels médicaux hautement qualifiés à des agents de santé moins qualifiés et moins formés, mais dont les connaissances restent appropriées et le soutien adapté aux tâches. Ce procédé permet d'améliorer l'efficacité des ressources humaines pour la santé et peut s'avérer économique pour lever les obstacles géographiques à l'accès aux soins de santé.

Plusieurs pays d'Afrique occidentale et centrale ont lancé des programmes de transfert des tâches, notamment de tâches cliniques à des agents de santé communautaires. L'ONUSIDA estime que cette démarche représente une avancée dans la région. Les directives en matière de transfert des soins et services liés au VIH ont été mises en œuvre dans douze pays de la région<sup>6</sup>.

#### Directives en matière de transfert des tâches<sup>7</sup>

Médecin à infirmier	Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Mauritanie, Sénégal, Tchad
Infirmier à agent de santé communautaire	Cameroun, Guinée, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Togo

Même si ces directives commencent à être suivies d'effets, un déploiement complet requiert une formation extensive des formateurs et l'établissement de systèmes de suivi et d'évaluation efficaces. Le niveau de maturité atteint reste variable selon les pays et le modèle n'est pas encore pleinement fonctionnel.

« Les services de santé sont situés loin des personnes qui en ont le plus besoin, ce qui les dissuade de consulter. De nombreuses zones peu sûres [du pays] ne possèdent pas de structures de santé appropriées. »

Maître d'œuvre au Mali participant à l'enquête

<sup>4</sup> Fonds mondial : meilleures pratiques en matière de dépistage et de prise en charge des cas de tuberculose : réflexions et enseignements en Afrique occidentale et centrale, et au-delà  
<sup>5</sup> Afrique occ. et c. : 67,7 personnes par kilomètre carré Reste de l'Afrique : 134,8 personnes par kilomètre carré. Source : Nations Unies-DAES Division de la population  
<sup>6</sup> ONUSIDA : Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre  
<sup>7</sup> ibid



## 6.4. Accès à la santé

### 6. DOMAINES CLÉS

#### 6.4.4. Difficultés liées aux obstacles sociaux

Les obstacles socio-culturels tels que la stigmatisation et la discrimination contribuent fortement à bloquer l'accès des patients aux services de santé, en particulier pour la prise en charge du VIH et de la tuberculose.

##### 6.4.4. - 1. Stigmatisation des groupes de populations-clés

Les relations sexuelles avec une personne de même sexe sont illégales dans neuf pays d'Afrique occidentale et centrale<sup>8</sup> et dix-neuf pays pénalisent le VIH<sup>9</sup>. Malgré une prévalence du VIH inférieure à d'autres régions d'Afrique, la stigmatisation et la discrimination restent élevées. La communauté LGBTQ est de plus en plus mal considérée en Afrique occidentale<sup>10</sup>, et selon une enquête MSF<sup>11</sup>, une part croissante de populations-clés venant consulter dans les cliniques MSF se tournent vers l'ONG en raison de stigmatisations et de discriminations dans le système public de santé. D'autres groupes de populations-clés en souffrent également, notamment les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables.

« Des facteurs culturels et la stigmatisation dissuadent les populations-clés (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) d'utiliser les services de santé et certains préfèrent se tourner vers des associations de soins médicaux qui ne sont hélas pas équipées. »

Instance de coordination nationale au Burkina Faso participant à l'enquête

##### 6.4.4. - 2. Une société civile moins organisée

La société civile peut jouer un rôle important pour la mobilisation des communautés, le plaidoyer, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et pour fournir des services de prévention et de prise en charge, en particulier dans le cadre du VIH. Dans les pays relativement peu touchés par le VIH, les groupes de la société civile sont souvent dispersés et moins organisés que dans les pays où la prévalence est plus élevée<sup>12</sup>. Cela limite le poids de leurs efforts de plaidoyer auprès des gouvernements et des autorités publiques, et leur capacité à fournir des services.

Aussi, les organisations de la société civile investies dans la lutte contre la tuberculose et le paludisme sont moins organisées que celles liées au VIH.

La langue également représente un obstacle, en particulier pour le partage et la prise en compte des enseignements au niveau régional, entre organisations de la société civile des différents pays. Le rapport « Nous existons » conclut : « [...] la faiblesse des infrastructures de la société civile, dans les pays francophones surtout, décourage les bailleurs de fonds et fait que leur engagement et organisation autour des droits des LGBTQ demeurent mal coordonnés, non uniformes et dispersés sur le plan linguistique »<sup>13</sup>. Le rapport MSF « Taxing the ill » (Taxer les malades)<sup>14</sup> indique que [...] la fragmentation des organisations de la société civile en groupes linguistiques distincts (principalement l'anglais est le français) complique l'échange d'expériences et le soutien entre les pays.

#### 6.4.5. Systèmes de santé communautaires œuvrant à l'atténuation des obstacles

Les services de santé communautaires représentent un outil stratégique de la fourniture de soins de santé et sont essentiels pour garantir l'accès aux services de prévention et de prise en charge. Cela est d'autant plus vrai dans la région de l'Afrique occidentale et centrale, dont les populations sont essentiellement rurales et où les systèmes de santé manquent de ressources humaines et d'infrastructures. Dès lors qu'ils sont dûment mis en œuvre, les programmes de santé communautaires complètent l'offre de services publics de santé et comblent des lacunes importantes. Ils peuvent représenter un moyen efficace pour éliminer les obstacles géographiques, sociaux et financiers à l'accès aux services de santé.

##### 6.4.5. - 1. Aperçu des systèmes de santé communautaires dans la région

La plupart des pays (19 sur 23) d'Afrique occidentale et centrale ont pris des mesures visant à mettre en œuvre un système communautaire de riposte aux maladies.

<sup>8</sup> ILGA.org : Homophobie d'État : une enquête mondiale sur le droit à l'orientation sexuelle : criminalisation, protection et reconnaissance. 12e édition

<sup>9</sup> HIV Justice Network : Advancing HIV Justice 2 Building Momentum in Global Advocacy Against HIV Criminalization

<sup>10</sup> Nous existons : Cartographie des organisations LGBTQ en Afrique de l'Ouest

<sup>11</sup> MSF : Out of Focus (2016)

<sup>12</sup> ibid

<sup>13</sup> Nous existons : Cartographie des organisations LGBTQ en Afrique de l'Ouest

<sup>14</sup> MSF : Taxing the ill

## 6.4. Accès à la santé

### ILLUSTRATION 2 :

#### Aperçu des systèmes de santé communautaires dans la région

Une politique a été définie et inclut au minimum la prise en charge du paludisme et des maladies infantiles	<b>Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.</b>
Les services couvrent également la prise en charge du VIH	<b>Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.</b>
Les services couvrent également la prise en charge de la tuberculose	<b>Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mauritanie, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.</b>
Projets de mise en place d'agents de santé communautaires au niveau national	<b>Bénin, Burkina Faso, Congo, Gambie, Guinée Bissau, Mauritanie, République centrafricaine, RDC, Sierra Leone.</b>
La politique bénéficie d'un financement public	<b>Burkina Faso, Gambie, Guinée, Sierra Leone.</b>
Système pleinement fonctionnel, doté d'agents de santé communautaires équipés, offrant un ensemble complet de services et rémunérés régulièrement	Aucun

Les politiques de prise en charge par les agents de santé communautaires comprennent une gamme de services de base de soins prénatals et néonataux ainsi qu'une prise en charge communautaire des cas de paludisme et des principales maladies mortelles chez les enfants. La plupart incluent également le VIH et la tuberculose (dans une moindre mesure).

Même si des politiques ont été établies et mises en œuvre avec des degrés variables d'avancement, le présent examen n'a relevé aucun pays dans la région dont la riposte communautaire ait atteint une couverture nationale de services complets, offrant aux agents de santé une rémunération régulière pour leur travail, selon une stratégie nationale chiffrée et financée. Plusieurs difficultés font obstacle, notamment les systèmes de paiement ainsi que le financement des salaires et des motivations monétaires ; le recrutement, la formation et la fidélisation des agents de santé communautaires ; une offre garantie de services pertinents et une disponibilité suffisante d'agents de santé chargés de les fournir ; et des mécanismes de supervision et de rapportage des travaux des agents de santé communautaires. Ces difficultés ont déjà été relevées et signalées par des audits précédents du Bureau de l'Inspecteur général sur la Sierra Leone, le Bénin et le Burkina Faso.

Les services de santé communautaires liés au paludisme sont plus aboutis que les services liés à la tuberculose.

Tous les pays de la région possédant un système de prise en charge communautaire s'appuient sur les aides de l'UNICEF et du Fonds mondial pour financer leurs programmes. Le Fonds mondial est donc un partenaire majeur du paysage de services de santé communautaires.

Il a investi plus de 174,4 millions de dollars US dans des activités relatives aux services de santé communautaires au cours des cycles de financement NFM 1 et NFM 2. Des fonds ont ainsi été alloués à la gestion intégrée des cas, au plaidoyer à base communautaire, au renforcement des capacités et à la fidélisation ainsi qu'à l'élargissement du vivier d'agents de santé communautaires<sup>15</sup>.

Ces subventions du Fonds mondial à la région financent des activités liées à la riposte communautaire telles que la rémunération et la formation des agents de santé communautaires. Cependant, les candidats ne sont pas tenus d'intégrer des facteurs de pérennité dans les subventions, ce qui pourrait pourtant garantir la viabilité des systèmes communautaires à l'issue du soutien du Fonds mondial.

« Le système communautaire n'est pas suffisamment intégré dans le système de santé. »

Maître d'œuvre d'un programme lié à la tuberculose, Mauritanie

#### 6.4.5. - 2. Difficultés liées à l'absence de suivi des avancées

Alors que les communautés représentent un élément important de nos subventions, les progrès obtenus au moyen d'investissements dans les activités communautaires ne sont pas systématiquement suivis. Le Fonds n'a défini aucun indicateur clé de résultat afin de suivre les progrès dans ce domaine, et le cadre modulaire ne comprend pas de catégorie ou d'entrée de coûts spécifique aux systèmes de santé communautaires.

Les données sur les cas de paludisme pris en charge par les communautés n'étaient d'ailleurs pas communiquées avant 2017. Les données sur l'accès aux centres de santé (situés à plus de 5 km) ne sont pas regroupées à l'échelle collective afin d'éclairer les décisions en matière de financement des activités communautaires.

<sup>15</sup> Cette catégorie inclut également la fidélisation des agents de santé et l'élargissement du vivier dans le système de santé traditionnel (catégorie : « Fidélisation et renforcement des agents de santé, notamment communautaires »)



## 6.4. Accès à la santé

### Recommandations

### 6. DOMAINES CLÉS

#### **Le Fonds mondial doit affiner ses mécanismes de cofinancement et améliorer les activités communautaires, afin de garantir l'élimination des obstacles financiers et géographiques.**

- Il doit adopter des **critères de cofinancement plus prescriptifs/stratégiques**, afin de garantir un équilibre approprié entre la pérennité financière des systèmes de santé et la gratuité des services aux patients.
- **Le financement de contrepartie direct doit couvrir les ressources humaines pour la santé et soutenir la gratuité dans les centres de santé** (gratuité des consultations pour des groupes de populations spécifiques et des services liés à la prise en charge conjointe VIH/tuberculose).
- **Améliorer les outils de suivi de l'utilisation des fonds de contrepartie**, afin d'en garantir la visibilité.
- **Intégrer les activités communautaires liées aux trois maladies, afin de garantir la définition d'une gamme commune de services** (prise en charge des cas de paludisme, détection active des cas de tuberculose, recherche des patients perdus de vue, etc.) Cela permettra de réduire le nombre de cas manquants de tuberculose, d'accroître l'observance des traitements et d'améliorer les indicateurs liés au paludisme.
- **À partir des examens thématiques sur les dépenses à la charge des patients** actuellement conduits dans plusieurs pays, définir une meilleure démarche organisationnelle en matière de reste à charge et l'appliquer pays par pays, en collaboration avec les partenaires.



## 6.5. Résumé des recommandations clés de l'examen consultatif

### Recommandations

6. DOMAINES CLÉS

#### 1. PROCÉDURES DU FONDS MONDIAL

- 1.1 Identifier un **ensemble de priorités stratégiques clés** sur lesquelles centrer les initiatives dans les contextes d'intervention difficiles
- 1.2 Appliquer efficacement les **souplesse accordées aux contextes d'intervention difficiles**
- 1.3 Mener une **évaluation de référence dans chaque pays visé par la politique de sauvegarde supplémentaire**
- 1.4 Appliquer une **démarche différenciée de mise en œuvre de la politique de trésorerie zéro**
- 1.5 **Centrer les activités de l'agent financier sur les contrôles et transférer la fonction de renforcement des capacités** à des prestataires d'appui technique à long terme
- 1.6 **Organiser les départements de la Division de la gestion des subventions autour des portefeuilles régionaux pertinents ou définir des procédures et des outils internes** afin de garantir une gestion régionale efficace
- 1.7 Améliorer les **analyses et données du Secrétariat afin d'éclairer les prises de décisions au niveau régional**
- 1.8 **Nommer des agents d'appui technique à long terme dans les pays**, chargés de soutenir la coordination et le suivi opérationnel des programmes

#### 2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- 2.1 **Intégrer les programmes liés aux trois maladies au niveau central**, en conservant le rôle central du ministère de la Santé
- 2.2 Établir des **contrats tripartites** entre l'unité de gestion de programme et les directions de la santé générale et régionales
- 2.3 Conserver les **programmes nationaux et les conseils nationaux de lutte contre le sida aux rôles de sous-récepteurs principaux**, aux fins de définir les politiques, le plaidoyer et la coordination des activités de lutte contre les maladies dans le respect de leurs mandats
- 2.4 Si les capacités du pays sont limitées ou que les risques fiduciaires et financiers restent élevés, utiliser des ONG internationales comme récepteurs principaux à titre de solution provisoire, en veillant à **l'établissement de plans de renforcement des capacités** soumis à des échéances pour les entités nationales.
- 2.5 **Faire appel aux mandats de prestation de services des ONG internationales**, selon leurs compétences spécifiques, pour combler des lacunes stratégiques telles que la distribution de moustiquaires à grande échelle, les activités auprès des populations-clés, les systèmes de santé communautaires et la chaîne d'approvisionnement.

#### 3. APPUI TECHNIQUE ET SRPS

- 3.1 Établir des **exigences de cofinancement plus prescriptives/stratégiques**
- 3.2 Utiliser les **financements de contrepartie** directs pour couvrir les ressources humaines pour la santé et soutenir la gratuité dans les centres de santé
- 3.3 Améliorer les **outils de suivi de l'utilisation des financements de contrepartie**
- 3.4 **Intégrer les activités communautaires** liées aux trois maladies

#### 4. ACCÈS À LA SANTÉ

- 4.1 Mener des **évaluations globales sur les besoins en appui technique**
- 4.2 Dialoguer avec les pays et les partenaires (France, GIZ, ONUSIDA, OMS, etc.) et **identifier un organisme comme point focal, chargé de coordonner et diriger l'appui technique programmatique conjoint**
- 4.3 Établir des **accords-cadres** avec les partenaires clés finançant ou fournissant un appui technique dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale
- 4.4 Définir un **mandat clair** orientant les interventions dans le cadre de **l'appui technique**

# Message de conclusion...

## Dans une RÉGION DIFFICILE...



## ...le Fonds mondial A BEAUCOUP INVESTI AU FIL DES ANS...



## ...avant D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS face au paludisme et au VIH, avec plus de difficultés face à la tuberculose



## Aux fins D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS RÉGIONAUX ET D'ÉLIMINER LES TROIS ÉPIDÉMIES, le Fonds doit repenser sa démarche dans quatre domaines clés :

