

Papiers de Recherche | Research Papers

Fonds fiduciaires et programmes verticaux : quelles contributions aux politiques sectorielles ?

Revue de la littérature et exemple du secteur de la santé

Jacky MATHONNAT et Martine AUDIBERT*

Janvier 2016

Pour citer ce papier :

MATHONNAT, J. et AUDIBERT, M. (2016), " Fonds fiduciaires et programmes verticaux : quelles contributions aux politiques sectorielles ? Revue de la littérature et exemple du secteur de la santé", *Papiers de Recherche AFD*, n° 2016-20, Janvier.

Contact à l'AFD :

Nicolas VINCENT (vincentn@afd.fr)

* Membres du CERDI et respectivement professeur à l'université d'Auvergne et directrice de recherches au CNRS. Nous remercions Vincent Nossek (FERDI) pour sa collaboration. Travail effectué en collaboration avec la FERDI (Fondation pour les Etudes et Recherches sur le Développement International).

Papiers de Recherche de l'AFD

Les *Papiers de Recherche de l'AFD* ont pour but de diffuser rapidement les résultats de travaux en cours. Ils couvrent l'ensemble des sujets de travail de l'AFD : analyse économique, théorie économique, analyse des politiques publiques, sciences de l'ingénieur, sociologie, géographie et anthropologie entre autres. Une publication dans les *Papiers de Recherche de l'AFD* n'en exclut aucune autre.

L'Agence Française de Développement (AFD), institution financière publique qui met en œuvre la politique définie par le gouvernement français, agit pour combattre la pauvreté et favoriser le développement durable. Présente sur quatre continents à travers un réseau de 72 bureaux, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète. En 2014, l'AFD a consacré 8,1 milliards d'euros au financement de projets dans les pays en développement et en faveur des Outre-mer.

Les opinions exprimées dans ce papier sont celles de son (ses) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'AFD. Ce document est publié sous l'entière responsabilité de son (ses) auteur(s).

Les *Papiers de Recherche* sont téléchargeables sur : <http://librairie.afd.fr/>

AFD Research Papers

AFD Research Papers are intended to rapidly disseminate findings of work in progress. They cover the full range of AFD work, including: economic analysis, economic theory, policy analysis, engineering sciences, sociology, geography and anthropology, as well as other issues. *AFD Research Papers* and other publications are not mutually exclusive.

Agence Française de Développement (AFD), a public financial institution that implements the policy defined by the French Government, works to combat poverty and promote sustainable development. AFD operates on four continents via a network of 72 offices and finances and supports projects that improve living conditions for populations, boost economic growth and protect the planet. In 2014, AFD earmarked EUR 8.1bn to finance projects in developing countries and for overseas France.

The opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect the position of AFD. It is therefore published under the sole responsibility of its author(s).

AFD Research Papers can be downloaded from: <http://librairie.afd.fr/en/>

AFD, 5 rue Roland Barthes
75598 Paris Cedex 12, France

✉ ResearchPapers@afd.fr

ISSN en cours

Fonds fiduciaires et programmes verticaux : quelles contributions aux politiques sectorielles ? Revue de la littérature et exemple du secteur de la santé

Jacky Mathonnat et Martine Audibert, membres du CERDI et respectivement professeur à l'université d'Auvergne et directrice de recherches au CNRS.

Résumé

L'aide au développement a fortement augmenté depuis le début de la dernière décennie, tant en ce qui concerne l'aide publique, de l'ordre de 150 milliards de USD en 2013 et multipliée par trois en valeur nominale depuis 2000, que l'aide privée, sous l'impulsion des grandes fondations. Parmi les multiples évolutions constatées, deux présentent ici un intérêt particulier : d'une part la forte croissance globale des financements fléchés d'origine publique et privée, et d'autre part celle de l'aide à la santé, dont une partie importante est également fléchée. Une large fraction de ces ressources fléchées passe par des fonds fiduciaires qui véhiculeraient près de 15% du total de l'aide publique au développement (World Bank, 2013a), et dont certains financent des programmes verticaux. A partir d'une revue de la littérature, cette note se propose d'examiner un ensemble de questions soulevées par le rôle croissant que jouent les fonds fiduciaires et les programmes verticaux dans le financement et la mise en œuvre des politiques de développement. L'accent est mis plus particulièrement sur le secteur de la santé. Les fonds fiduciaires et les programmes verticaux sont des instruments différents, mais étroitement liés sous plusieurs aspects, proximité qui justifie d'examiner conjointement un ensemble de questions qui leur sont communes.

Il se dégage de cette revue de la littérature cinq points qu'il nous paraît utile de mettre en exergue. Le premier d'entre eux est la complexification de ces instruments et la prise de conscience des principaux acteurs des avantages et inconvénients de ceux-ci. Deuxièmement, il n'est pas possible, étant donné les connaissances actuelles, de prendre une position claire et argumentée en faveur ou en défaveur des fonds fiduciaires et des programmes verticaux. Troisièmement, on constate une « diagonalisation » des programmes verticaux qui montre une volonté d'en corriger les effets négatifs. Quatrièmement, l'analyse de la problématique des fonds fiduciaires et des programmes verticaux doit nécessairement être intégrée dans l'analyse globale de l'efficacité de l'aide, dans la lignée des orientations des conférences de Paris, Accra et Busan. Cinquièmement, cette revue de la littérature, tout en mettant en évidence le déficit d'information auquel on se heurte, montre que l'on dispose cependant d'un corpus d'éléments permettant aux bailleurs et aux pays bénéficiaires de construire, au cas par cas, leur propre cadre d'analyse *ad hoc* pour déterminer leurs stratégies et identifier les points sur lesquels il convient d'être vigilant.

Mots-clés : Aide au développement, Fonds fiduciaires, Programmes verticaux, Santé, Impact, Efficacité, Allocation.

Classification JEL : A13, D62, E01, E22, I30, I31, O11, Q01, Q51.

Remerciements

Nous remercions Vincent Nossek (FERDI) pour sa collaboration.

Version originale : Français

Acceptée : Janvier 2016

I. Introduction

L'aide au développement a fortement augmenté depuis le début de la dernière décennie, tant en ce qui concerne l'aide publique, de l'ordre de 150 milliards de USD en 2013 et multipliée par trois en valeur nominale depuis 2000, que l'aide privée, sous l'impulsion des grandes fondations. Parmi les multiples évolutions constatées, deux présentent ici un intérêt particulier : d'une part la forte croissance globale des financements fléchés d'origine publique et privée, et d'autre part celle de l'aide à la santé, dont une partie importante est également fléchée. Une large fraction de ces ressources fléchées passe par des fonds fiduciaires qui véhiculeraient près de 15% du total de l'aide publique au développement (World Bank, 2013a), et dont certains financent des programmes verticaux.

A partir d'une revue de la littérature, cette note se propose d'examiner un ensemble de questions soulevées par le rôle croissant que jouent les fonds fiduciaires et les programmes verticaux dans le financement et la mise en œuvre des politiques de développement. L'accent est mis plus particulièrement sur le secteur de la santé. Les fonds fiduciaires et les programmes verticaux sont des instruments différents, mais étroitement liés sous plusieurs aspects, proximité qui justifie d'examiner conjointement un ensemble de questions qui leur sont communes.

Cette note est structurée comme suit. La section II porte sur l'articulation entre fonds fiduciaires et programmes verticaux. La section III présente un panorama résumé des principaux éléments qui permettent de comprendre leur développement rapide. Sont ensuite examinés, en section IV, les avantages et les inconvénients qu'ils présentent pour les bailleurs bilatéraux et multilatéraux, puis pour les bénéficiaires de l'aide. En section V, une attention particulière est accordée à leur articulation avec les principes des conférences de Paris, Accra, Busan et Addis-Abeba. La section VI est consacrée aux effets des fonds fléchés et des programmes verticaux sur le renforcement des systèmes de santé. La section VII traite du débat concernant les critères d'allocation des ressources des principaux fonds fléchés. La section VIII analyse les difficultés spécifiques que soulève l'évaluation du Fonds mondial et de GAVI. Leurs principaux résultats sont présentés en section IX. La conclusion met en exergue un certain nombre de points importants qui, dans la perspective du débat sur l'architecture de l'aide et des politiques d'aide à la santé, se dégagent de cette revue de la littérature.

II. Des fonds fiduciaires aux programmes verticaux : des concepts non dépourvus d'ambiguïtés

L'expression « fonds verticaux » est étroitement liée au concept de fonds fiduciaire. Il s'agit de fonds mobilisant et/ou utilisant des ressources financières concessionnelles émanant de bailleurs gouvernementaux et/ou non gouvernementaux. Par-delà les multiples formes de mécanismes financiers sous-jacents, ces fonds ont en commun une affectation des ressources dont ils disposent à un secteur, à un objectif spécifique, ou à un nombre limité d'objectifs, tel que par exemple dans le domaine de la santé, la lutte contre certaines maladies (le Fonds Mondial contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose¹), la fourniture de services particuliers (le développement de la vaccination avec GAVI), ou l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant avec la nouvelle Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child, officiellement lancée lors de la conférence d'Addis-Abeba, ou bien encore la production de biens publics régionaux ou globaux.

Ces fonds, dont les ressources sont fléchées et donc financent des programmes et des projets ciblés, ont leurs propres règles en matière d'allocation de ressources, de mise à disposition de l'aide, de sélection des interventions éligibles à leurs concours, de modes opératoires et de suivi-évaluation. Il est assez fréquent que leurs ressources ne passent pas par le budget des Etats receveurs et alimentent des structures *ad hoc*. Si c'est le cas, ils se verront attribuer le qualificatif de « vertical », par rapport aux formes plus conventionnelles d'aide, dites « horizontales » ou « intégrées »².

Ces fonds fiduciaires peuvent-être alimentés par un seul bailleur (« Single Donor Trust Funds ») ou par plusieurs donateurs bilatéraux ou/et multilatéraux (« Multiple Donors Trust Funds »), avec pour certains le concours de donateurs privés.

¹ Nous avons choisi de conserver la dénomination anglaise des fonds cités dans cette étude afin d'éviter toute ambiguïté de traduction, ceci à l'exception du Fonds Mondial pour la Lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

² Dans la santé, par exemple, les approches horizontales visent à une amélioration globale de la santé en renforçant les trois niveaux des systèmes de soins, avec une attention particulière portée aux soins de santé primaire (de l'hôpital de district aux structures périphériques).

Ils présentent des caractéristiques variées. Il faut ainsi distinguer entre :

- les fonds fiduciaires de transit³ qui sont des instruments de mobilisation et de transit de ressources financières volontairement allouées⁴. C'est, par exemple, le cas des 16 Fonds de Financement Intermédiaire de la Banque mondiale, pour lesquels la Banque détient et décaisse des ressources sur instruction d'une entité tierce, généralement sans assurer la supervision et le contrôle de leur utilisation. On peut citer entre autres parmi ces fonds, l'International Finance Facility for Immunisation (IFFIm) qui mobilise des ressources sur les marchés de capitaux pour les mettre à la disposition de GAVI Alliance (GAVI) ; le GAVI Fund Trust Account, destiné à soutenir les objectifs poursuivis par GAVI en gérant et décaissant pour les programmes de vaccination des ressources que des Etats et d'autres contributeurs publics décident d'accorder au financement de projets ou de programmes soutenus par GAVI ; le Special Climate Change Fund (SCCF) ; le Green Climate Fund qui, à ce jour, a rassemblé plus de 10 milliards de USD pour soutenir le développement de technologies et d'infrastructures à faibles émissions dans les pays en voie de développement ;
- les fonds fiduciaires qui sont mis en œuvre et « opérationnalisés » par le *trustee* qui contrôle les décaissements et utilisent les ressources pour financer et étendre ses propres programmes ;

³ Les définitions du concept de fonds fiduciaire peuvent varier selon les donateurs. Par exemple, selon la définition d'usage au sein de l'AFD, « un mécanisme de 'fonds fiduciaires' ou 'trust funds' organise le transfert de propriété d'une subvention à une entité juridique qui : (i) n'est pas le représentant des bailleurs bénéficiaires finaux ; (ii) ne peut être utilisée que pour atteindre un nombre limité d'objectifs spécifiques définis au préalable (sectoriel et/ou géographique, par exemple) ; (iii) est gérée et contrôlée par une structure de gouvernance *ad hoc* » (AFD, 2010, p. 9). L'Agence distingue trois types de fonds : les fonds fiduciaires hébergés par des organisations internationales, les fonds de dotation (transférés au capital d'une fondation), les subventions des associations, des sociétés et des fondations relevant du droit des pays du Nord » (op. cit. p. 10). Autre exemple, le groupe de la Banque mondiale gère trois catégories de fonds (plus de 1000 au total ; IEG, 2014) : a. les fonds BIRD/AID comprenant (i) les fonds exécutés par la Banque (la Banque contrôle leur décaissement et les utilise pour étendre ses programmes) et (ii) les fonds exécutés pour le compte du bénéficiaire (la Banque transfère les ressources à un organisme tiers et joue un rôle opérationnel qui peut aller jusqu'à la supervision des activités financées par ce fonds) ; b. Les fonds de financement intermédiaire ; c. Les fonds de la Société Financière Internationale (SFI) dont ils appuient les activités (World Bank, 2013 b).

⁴ Par opposition aux contributions de base, contributions officielles concessionnelles (« core contributions »), que les Etats versent aux organisations internationales dont ils sont membres (OCDE, 2012). Les agences multilatérales bénéficiaires peuvent les utiliser à leur convenance dès lors qu'elles le font dans le respect de leur mandat.

- les fonds qui gèrent et utilisent des ressources provenant de fonds fiduciaires, d'un fond assimilé, ou d'un groupe de partenaires et qui ont vocation à bénéficier à plusieurs pays – fonds dits « globaux » (Fonds mondial ; Clean Technology Fund) – ou à un seul (Health Transition Funds au Zimbabwe ; Bangladesh Health, Nutrition, and Population Sector Program, ...) ;
- les programmes et projets verticaux, financés en totalité ou en partie par un ou des fonds fiduciaires, ou par un Etat (PEPFAR, PMI⁵, ...), ou par la mise en commun, au niveau d'un pays bénéficiaire, de ressources émanant de plusieurs partenaires, sans avoir nécessairement les caractéristiques d'un fonds fiduciaire.

Comme on le voit, il serait donc réducteur d'assimiler fonds fiduciaires, fonds verticaux et programmes verticaux (tous les fonds fiduciaires ne financent pas des programmes verticaux et tous les programmes verticaux ne sont pas financés par des fonds fiduciaires). Il en est naturellement de même s'agissant des ressources affectées par rapport aux fonds et programmes verticaux, car il y a des financements fléchés qui ne passent pas par des fonds fiduciaires, ni ne financent des programmes verticaux.

Ceci étant, des montages financiers complexes peuvent déboucher sur des combinaisons d'instruments, rendant concrètement délicate l'identification des effets imputables à des fonds et programmes verticaux qui seront intégrés dans une construction plus vaste. Par exemple, le Productive Safety Net Program en Ethiopie est financé par 11 fonds fiduciaires (dont un seul est composé de plusieurs donateurs) et par plusieurs mécanismes de cofinancement qui ne sont pas des fonds fiduciaires. Au sein de certains fonds fiduciaires et non fiduciaires, des activités sont mises en œuvre pour partie selon une logique verticale et pour partie selon une logique intégrée.

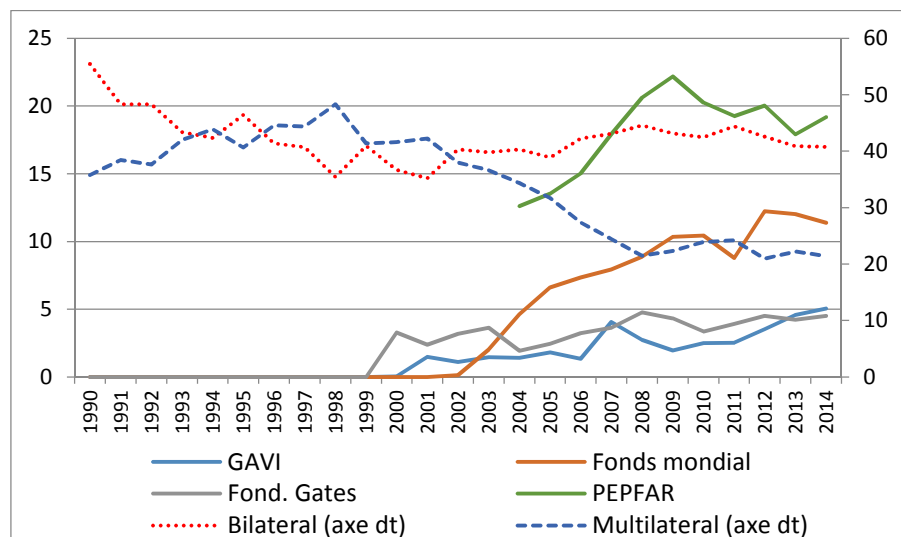
Ces fonds sont actifs dans des domaines très variés : nombre d'entre eux, généralement modestes en termes de ressources, sont dans le domaine humanitaire (OCDE, 2015). Les fonds sectoriels de grande taille se concentrent dans l'environnement, l'agriculture et la santé. Sur ce dernier secteur, cinq fonds et programmes plus ou moins verticaux dominent : le Fonds mondial, le PEPFAR, PMI, GAVI et, plus en retrait, l'UNITAID. Hormis ceux-ci, il a été dénombré plus de quatre-vingt-dix accords de financement qui relèveraient d'une approche en termes de fonds fléchés (Insenman, 2010) et qui concernent, pour une minorité, des entités financières.

Comme on le notera au graphique 1 (et à l'annexe 1), certains fonds canalisent une part très importante de l'aide à la santé. C'est le cas du PEPFAR et du Fonds mondial qui en représentent respectivement 19% et 11% en 2014. Les dépenses effectuées par la

⁵ President's Emergency Plan for AIDS Relief et President's Malaria Initiative (Etats-Unis).

Fondation Gates – 5% de l'aide à la santé - sont en 2014 deux fois plus élevées que le budget de l'OMS.

Graphique 1 : Canaux de transmission de l'aide à la santé en % du total de l'aide à la santé 1990-2014



Source : d'après données IHME, 2015

III. Pourquoi des fonds fléchés et des programmes verticaux : un bref panorama

L'importance croissante des fonds fiduciaires et programmes verticaux tient à plusieurs raisons.

Dans le domaine de la santé, l'origine en remonte aux désillusions nées dans les années 1980 quant à l'approche intégrée promue par la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire (1978). Il a été très vite reproché de promouvoir des objectifs irréalistes et des stratégies de mise en œuvre trop vagues, à faible efficacité, associées à des coûts hors de portée des pays à faible revenu. Il en a résulté, accentué par la crise de la dette des années 1980-1990, une combinaison de facteurs conduisant à des progrès médiocres et nourrissant une « fatigue de l'aide » dans les pays donateurs. D'où la volonté d'opter pour des ressources fléchées, finançant des programmes orientés vers des cibles restreintes clairement définies et structurés autour d'interventions considérées comme efficaces en termes de coûts associés, avec des résultats mesurables, souvent fruits de stratégies conduites en termes de résolution de problèmes.

Quant aux fonds globaux, liés à des degrés divers à des fonds fiduciaires assez largement alimentés par de l'aide multi-bi (cf. schéma 1), leur développement tient principalement à deux tendances lourdes non indépendantes :

- Un nouveau regard sur la problématique de l'aide. Comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, la fin de la guerre froide s'est accompagnée d'un nouveau questionnement sur la contribution de l'APD au développement des pays bénéficiaires. Ce débat porte notamment sur les conditions de l'efficacité de l'aide (avec entre autres la controverse sur le rôle de la gouvernance) et sur les critères de sa répartition géographique (cf. par exemple Guillaumont et al., 2013).
- la prise de conscience du besoin d'un financement collectif de questions globales, dépassant le cadre des Etats et nécessitant de nouvelles formes de coopération internationale (Kaul, Grunberg et Stern, 1999 ; Severino et Ray, 2010). Ni le multilatéralisme traditionnel⁶, ni l'aide bilatérale pour laquelle les études continuent de montrer que les intérêts particuliers des donateurs jouent un rôle aussi, voire plus important, que les besoins ou les mérites des récipiendaires (Thiele et al., 2007 ; Dreher et al., 2011), ne sont considérés comme apportant une réponse institutionnelle appropriée à ces nouveaux défis. L'émergence de « grandes causes » est venue s'inscrire dans cette réflexion sur l'architecture de l'aide et de la coopération internationale. C'est notamment le cas des biens publics mondiaux, spécialement de la lutte contre le réchauffement climatique et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (annexe 2) qui ont favorisé à la fois le développement de l'aide multi-bi et celui des fonds fiduciaires. On peut citer, parmi de nombreux exemples, la Global Environment Facility en 1991, GAVI lancée en 2000, le Fonds Mondial créé en 2002, les deux fonds fiduciaires du Climate Investment Funds que sont le Clean Technology Funds et le Strategic Climate Funds créés en 2008, ainsi que le Global Agriculture and Food Security Program qui a vu le jour en 2010.

L'influence des deux tendances lourdes que l'on vient de citer dans le développement des fonds fiduciaires et des programmes verticaux a été renforcée, d'une part, par le caractère quantitatif de certains OMD⁷ et, d'autre part, par la montée en puissance des grandes fondations (dont la Fondation Bill et Melinda Gates - FBMG), qui contribuent

⁶ Assez souvent perçu comme rigide et bureaucratique par les bilatéraux, mais aussi comme assez peu efficace (Tortora, 2014), pour ce qui concerne les agences onusiennes notamment.

⁷ Voir, par exemple, l'objectif 4/cible 5 : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

au financement de plusieurs fonds verticaux⁸ et mettent l'accent sur des indicateurs de performance à un horizon déterminé, souvent rapproché. Il faut également souligner comme allant dans le même sens, l'attention accordée assez récemment par les bailleurs bilatéraux aux approches de financement basées sur les résultats et aux évaluations d'impact.

D'autres motivations ont émergé progressivement, notamment la volonté de :

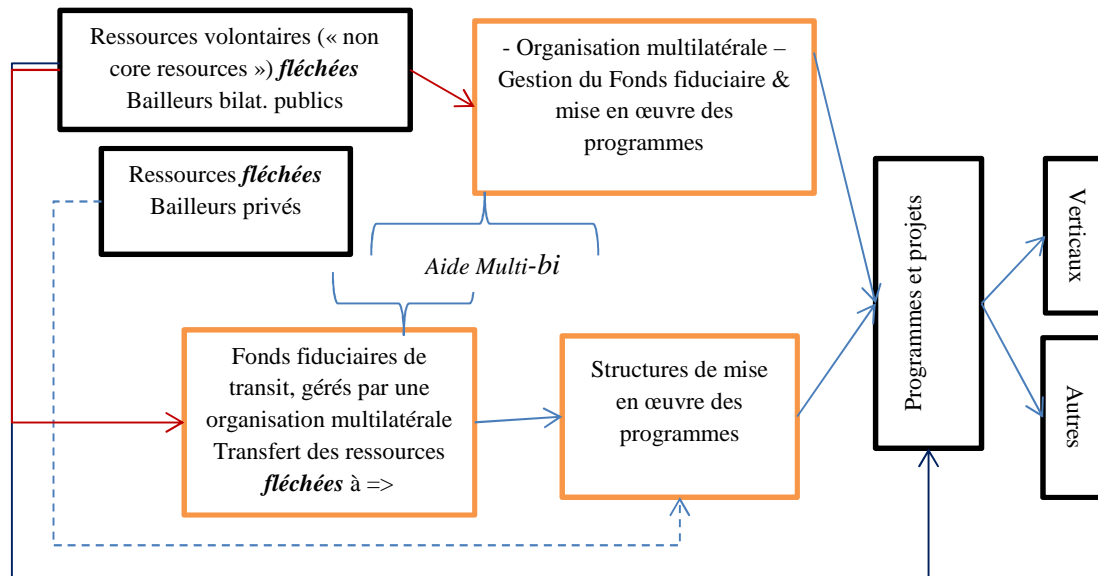
- renforcer la position des pays receveurs dans le processus d'aide et, plus généralement, de s'inscrire dans la lignée des conférences de Paris (2005), Accra (2008) et Busan (2011) ;
- mettre en commun des ressources qui, autrement, n'auraient pas été mobilisées. Ou bien elles l'auraient été de manière bilatérale et/ou multilatérale, plus fragmentée, avec des coûts de transaction plus élevés ;
- pour les grands fonds, atteindre une taille critique indispensable pour avoir un impact significatif à la hauteur des objectifs poursuivis ;
- associer la société civile et le secteur privé à la gouvernance des fonds et des programmes ;
- renforcer la transparence de l'aide depuis le processus de décision jusqu'à l'évaluation indépendante des résultats obtenus ;
- s'affranchir de pesanteurs bureaucratiques inhérentes au fonctionnement des organisations internationales et des grands bailleurs bilatéraux ;
- intervenir dans des domaines qui, sous plusieurs aspects, ont des caractéristiques de bien public régional ou global.

L'ensemble de ces éléments expliquent également l'attrait que représentent les fonds fiduciaires pour les bailleurs bilatéraux et pour certains acteurs privés, *via* ce qu'il est convenu d'appeler « l'aide multi-bi ». L'un des intérêts pour les bailleurs bilatéraux tient à ce qu'elle présente des avantages à la fois par rapport à l'aide bilatérale et par rapport à l'aide multilatérale traditionnelle comme on le verra ci-après. En 2013, les apports fléchés sur des objectifs spécifiques, des secteurs ou des pays, représentaient 31% des ressources totales des organisations multilatérales (OCDE, 2015)⁹.

⁸ En 2014, la Fondation Gates a consacré 14 % de son aide à la santé à GAVI (représentant 18 % des ressources de l'Alliance) et 7 % au Fonds mondial ; d'après IHME, 2015.

⁹ 76% pour les agences et programmes des Nations unies.

Schéma 1 : Financement bilatéral, multilatéral, multi-bi et programmes verticaux



Source : Auteurs

IV. Avantages et contraintes pour les bailleurs bilatéraux et multilatéraux

Par-delà ce rapide panorama, les fonds fiduciaires et les programmes verticaux ne présentent pas tous les mêmes avantages en termes de nature ou de degré. Ces avantages peuvent varier de manière très importante selon le type de fonds ou de programme, sa vocation à être « global » ou non et le contexte dans lequel les uns et les autres sont amenés à intervenir. Mais on peut considérer qu'ils présentent un tronc commun d'avantages escomptés, constituant en quelque sorte un dénominateur commun minimal par-delà la singularité de chaque fonds ou programme. Ce tronc commun nous paraît bien illustré par la déclaration de Georges Bush Jr présentant en 2003 les objectifs du PEPFAR dans son discours sur l'état de l'Union : « Mettre en œuvre les meilleures pratiques dans les programmes bilatéraux américains de prévention et de traitement du VIH/sida... » ; « inciter les partenaires ... à [se] coordonner ... [afin] d'assurer l'utilisation la plus efficace et la plus efficace des ressources » (Over, 2009)¹⁰.

¹⁰ L'annonce du PEPFAR a été suivie de l'adoption par le Congrès américain de la Loi sur le « Leadership des États-Unis dans la lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme » dont

Ceci étant, il est des avantages et des inconvénients spécifiques, que nous allons voir ici et qui se rapportent plus particulièrement aux fonds multi-donneurs et aux programmes verticaux globaux *i.e.* ayant vocation à bénéficier à plusieurs pays. Mais ils peuvent aussi, selon les cas d'espèce, concerner également des fonds et programmes bilatéraux à donneur unique, constitués de manière ad hoc pour opérer dans un pays particulier.

1.1. De multiples avantages

Six avantages potentiels apparaissent comme des raisons fortes présidant à la participation de bailleurs bilatéraux à un fonds multi-donneurs ou à des programmes verticaux comprenant plusieurs partenaires. Ces avantages varient naturellement selon les caractéristiques propres à chaque fonds et programme.

i. Une meilleure efficacité et une plus grande efficience de l'aide du point de vue du bailleur. Généralement ces préoccupations sont expressément prises en compte dans les modalités de gestion des fonds et de mise en œuvre des programmes qu'ils financent. Le fléchage d'un apport bilatéral à des organisations multinationales permet, par rapport à une contribution bilatérale ordinaire au financement de celles-ci (ou par rapport à une aide budgétaire aux récipiendaires), de sécuriser les ressources que le fonds et ses membres souhaitent allouer à des objectifs spécifiques. Dans le cas de fonds multi-donneurs, la coordination entre les bailleurs a vocation à se renforcer, favorisant les synergies, les partages d'expérience et l'expertise, ainsi que le pouvoir de négociation des bailleurs avec les pays bénéficiaires. Un fonds fiduciaire offre également la possibilité d'intégrer les « nouveaux donateurs » (pays émergents, secteur privé), dans les échanges bailleurs/Etat bénéficiaire, alors que dans les dispositifs traditionnels, ils restent généralement en marge des réunions entre bailleurs. La mise en commun des ressources contribue à faire diminuer les coûts unitaires d'intervention ainsi que les coûts de transaction¹¹.

ii. Réduction de certains risques. La participation à un fonds ou programme multi-donneurs permet potentiellement de réduire les risques auxquels se trouvent exposés les bailleurs bilatéraux et ceci à un triple niveau :

l'un des objectifs était d'« encourager un leadership déterminé à chaque niveau pour combattre le VIH/sida ». C'est à notre connaissance le seul exemple où un objectif de leadership et de visibilité est affirmé et revendiqué aussi clairement. Ce qui ne signifie pas que ce type de préoccupation soit systématiquement absent de toutes les autres initiatives bilatérales et multilatérales auxquelles s'intéresse cette revue de la littérature.

¹¹ Ceci dit, la majorité des fonds fiduciaires sont des fonds de petite taille, financés par un donneur unique (Reinsberg *et al.*, 2014).

(a) Au niveau politique tout d'abord. En cas d'échec ou de résultats peu probants (notamment dans les pays fragiles où le bailleur aurait pu ne pas s'engager s'il n'y avait eu un fonds multi-partenaires), il y a un partage, voire dans certains cas une dilution, des responsabilités que le bailleur peut faire valoir auprès de sa tutelle et de son opinion publique, d'autant que le mode de gouvernance d'un fonds multi-donneurs, ou des programmes qu'il finance, permet assez facilement d'y associer des parties prenantes comme des ONG et des représentants du secteur privé et de la société civile.

(b) Au niveau technique et opérationnel ensuite. Le fait qu'il y ait plusieurs acteurs et que les fonds et programmes multi-donneurs peuvent favoriser l'émergence de synergies et d'externalités positives, est logiquement de nature à réduire les risques d'erreur de conception et de mise en œuvre, notamment dans les programmes ou projets complexes.

(c) Au niveau du contrôle de la gouvernance enfin. Plusieurs études (Schmidt-Traub et Sachs, 2015) ont souligné la bonne réputation des fonds fiduciaires, et particulièrement des fonds globaux, en matière de transparence et de redevabilité¹². Certains observateurs ont même considéré que « leurs systèmes de *reporting* et de *monitoring* constituent des exemples que les organisations onusiennes devraient copier » (Browne et Cordon, 2015, p. 3).

iii. Élargissement des possibilités d'intervention. Participer à un fonds multi-donneurs offre à un bailleur la possibilité d'intervenir dans un domaine qui lui paraît pertinent, quelle qu'en soit la raison, et dans lequel il pourrait difficilement s'engager seul. Par exemple, cela peut être en raison d'une capacité limitée en termes de ressources financières (faible volume d'aide et coûts unitaires élevés), humaines (insuffisance de personnel qualifié, coûts de transaction et d'administration trop importants), ou de connaissances spécifiques (peu ou pas d'expérience dans le domaine ou le pays). Ces handicaps seront réduits par les ressources mises en commun entre partenaires et par les compétences du *trustee* multilatéral auquel sera transféré, selon son rôle dans la gestion du fonds, une partie des charges administratives, de mise en œuvre et de supervision liées aux activités du fonds.

iv. Plus d'autonomie et de flexibilité. Un fonds regroupant plusieurs bailleurs permet à ses membres de bénéficier d'une plus grande flexibilité pour s'engager dans un secteur donné et arbitrer entre différentes priorités dans l'allocation de son aide. Il a été noté que la plupart des fonds importants dans les domaines de la santé, de l'environnement

¹² Nonobstant certaines affaires largement médiatisées.

et de l'agriculture, ont été créés suite à des conférences ou des sommets internationaux qui ont mis en exergue des problématiques spécifiques (Sommet de la terre à Rio de Janeiro, Objectifs du millénaire pour le développement, plusieurs G8 et G20), même si dans un premier temps les financements n'étaient pas assurés. Un donateur bilatéral aura la possibilité de montrer sa réactivité et d'annoncer très vite son engagement dans un domaine spécifique en effectuant (ou en promettant d'effectuer) un versement au fonds fiduciaire, même s'il n'y a pas encore de projets opérationnels précis. Par ailleurs, les procédures d'intervention des fonds peuvent être plus souples que celles des bailleurs bilatéraux et multilatéraux, les décaissements plus rapides et les conditions d'engagements dans les pays en conflit moins contraignantes que les procédures habituelles. Le fait que le financement des interventions des fonds (hors fonds de transit) puisse être combiné avec d'autres instruments financiers (autres fonds fiduciaires, aide bilatérale classique, fondations, O.N.G., etc.) permet des montages donnant une souplesse opérationnelle très appréciée des bailleurs et des Etats bénéficiaires.

Le Zimbabwe fournit un exemple intéressant de flexibilité qui peut être apportée par un fonds multi-donneurs dans le cas très spécifique d'un pays en conflit avec la communauté financière internationale, mais où il apparaît utile, pour de multiples raisons, de soutenir le secteur de la santé. Depuis le début des années 2000, le Zimbabwe fait l'objet de sanctions diplomatiques et économiques parmi lesquelles la suppression de l'aide conventionnelle. Mais la crise économique qui a débuté à la fin des années quatre-vingt-dix a provoqué un effondrement du système national de santé avec des conséquences très lourdes pour la population. C'est ce contexte très particulier qui a conduit l'Unicef à prendre l'initiative de créer et de gérer en 2011 un fonds multi-donneurs, dénommé Health Transition Fund (HTF). Ce fonds était financé à l'origine par l'Union européenne, le DFID, la Norvège et la Suède, auxquels se sont joints, par la suite, le Fonds mondial, le Canada et la Suisse. Les résultats ont été jugés globalement positifs par une mission conjointe Fonds mondial-GAVI-UE et DFID. Le fonds a également facilité l'engagement du Zimbabwe dans un processus de normalisation progressive de ses relations avec la communauté des bailleurs. Un accord a été signé le 3 juin 2015 entre le Zimbabwe et l'Union européenne pour une prolongation de financement portant sur un engagement de 13 millions USD pour 2015. En janvier 2016 est prévu le remplacement du HTF par un Health Development Fund dont la priorité reste l'appui aux soins de santé primaires, mais prévoit aussi à la demande du ministère de la santé, des dispositions de lutte contre la montée des maladies non transmissibles.

v. Influencer, pour les bailleurs bilatéraux, l'agenda des organisations multilatérales. C'est un point assez présent, semble-t-il, chez les bailleurs bilatéraux, dont certains considèrent que le système traditionnel d'aide multilatérale est lourd, rigide et peu efficient. Les fonds multi-donneurs disposant d'un important volume de ressources servi par des règles *ad hoc* peuvent influencer sur l'orientation des priorités des organisations multilatérales qui les hébergent, au niveau sectoriel ou stratégique (OCDE/DAC, 2012 ; Thalwitz, 2013 ; Tortora, 2014). C'est un avantage qui a été cité par 14 membres du CAD sur 22, en réponse à une enquête de l'OCDE sur le comportement des bailleurs bilatéraux en matière de multilatéralisation de leur aide. Plus précisément, les bailleurs soulignent que le financement multi-bi leur permet d'inciter les organisations multilatérales, sinon à infléchir leur actions pour prendre en considération leurs propres priorités, du moins à intervenir dans des domaines non couverts de manière appropriée par leurs contributions ordinaires, tout en favorisant la mise en place de programmes plus innovants (Tortora, 2014).

vi. Le partenaire multilatéral peut attendre de son implication dans un fonds multi-donneurs une activité, une visibilité et une influence accrues. Pour une organisation multilatérale, administrer (en tant que *trustee*), ou gérer directement un fonds, peut lui permettre d'augmenter son volume d'activités consacrées à un thème ou à un pays rentrant dans son champ d'intervention. Sa visibilité et son influence en seront amplifiées et ses relations de partenariat avec les bilatéraux ainsi que sa capacité à impulser des innovations financières ou techniques seront renforcées. À titre d'exemple, c'est, pour ce dernier point, le cas du Health Results Innovation Trust Fund (Norad, 2012) concernant le financement basé sur la performance.

4.2. Des inconvénients et des risques en miroir

Les fonds fiduciaires et les programmes verticaux ne présentent pas que des avantages pour les bailleurs. La littérature souligne qu'ils peuvent s'accompagner d'inconvénients et de contraintes qui, comme les avantages dont ils sont souvent le pendant, varient en fonction des caractéristiques des fonds, des programmes et des contextes.

i. Difficulté d'une coordination de qualité. Une bonne coordination n'est pas toujours au rendez-vous. Elle exige de nombreuses réunions chronophages, des coûts de transaction élevés (généralement sous-estimés) et un partage approfondi d'information dans lequel les bailleurs bilatéraux, au-delà des déclarations de principe, ne sont pas

toujours prêts à s'engager pour des raisons diverses, souvent dépendantes du contexte local (pays, programmes, équipes locales ; IEG, 2011 ; Barakat *et al.*, 2012 ; Insenman, 2010). Reste par ailleurs à déterminer si, en matière de coordination au niveau des pays, la participation à un fonds multi-donneurs finançant ou non des programmes verticaux, est en elle-même plus efficace que des dispositifs *ad hoc* de concertation sous l'égide d'un bailleur désigné comme « chef de file » par ses pairs, comme cela se pratique généralement entre les représentants des Etats membres de l'Union européenne.

ii. Insuffisance de visibilité. La visibilité de l'action bilatérale est de fait réduite par la participation à un fonds multi-donneurs. De même, la capacité du bailleur à se faire entendre et son influence auprès des autorités locales ne sont pas nécessairement à la hauteur de son engagement financier, que ses interlocuteurs gouvernementaux ignorent d'ailleurs fréquemment. C'est un point qui est officieusement très souvent souligné concernant la contribution de la France au Fonds mondial et à UNITAID.

iii. Des ambiguïtés dans l'alignement avec les priorités des organisations multilatérales. L'importance croissante des fonds fléchés dans le portefeuille des organisations internationales s'accompagne, comme on l'a vu, d'une augmentation de l'influence des bailleurs bilatéraux. Il peut s'ensuivre, sur le terrain, une distorsion des priorités des organisations multilatérales, telles que définies par leur conseil d'administration. C'est ce que Shridar et Woods (2013) ont appelé le « cheval de Troie du multilatéralisme »¹³ parce que les financements bilatéraux fléchés créent « l'illusion d'une intention multilatérale alors qu'ils introduisent de manière voilée des objectifs bilatéraux » (p. 329). Par exemple, le financement de base de l'OMS (*core funding*) doit être utilisé selon les directives fixées par l'assemblée générale de l'institution. En revanche, le fléchage des contributions volontaires que font à l'OMS les donateurs bilatéraux publics et privés – contributions qui sont pour l'OMS des ressources extrabudgétaires - est pour l'essentiel décidé par les donateurs eux-mêmes.

D'autres contraintes ont mobilisé l'attention de la Banque mondiale. Il y avait en 2013 plus de 1000 fonds fléchés gérés par la Banque (IEG, 2014). L'ordre de grandeur de la valeur totale du portefeuille de ces fonds serait comparable aux engagements issus du financement conventionnel de la Banque. S'il en résulte certains effets positifs (cf. supra), cette prolifération est aussi perçue comme une contrainte : « Avec les ressources additionnelles qui vont stimuler ses activités, les fonds fiduciaires apportent des responsabilités et des risques additionnels à la Banque. Qui plus est, ils mettent à l'épreuve la Banque pour travailler avec les donateurs afin de s'assurer que les fonds

¹³ « Trojan multilateralism » : Par-delà la clarté de la métaphore, l'expression « cheval de Troie du bilatéralisme » aurait été plus exacte.

sont complémentaires et non concurrents avec les activités de la Banque, en particulier de l'IDA » (IEG, 2011, p.12).

Ce rapport de l'IEG précise que les fonds sont dans l'ensemble alignés avec le mandat général de la Banque qui est de réduire la pauvreté et de promouvoir le développement durable, mais que certains fonds¹⁴ s'écartent des stratégies sectorielles de l'institution, confirmant ce que nous avons souligné plus haut. C'était par exemple le cas du Polio-Buy-Down Program. Cette situation n'est pas nouvelle. Mais la prise de conscience assez récente de son importance a incité la Banque à engager une réforme qui l'a conduite à mieux intégrer les fonds dans ses programmes-pays. Cependant, des difficultés subsistent pour les inclure dans les stratégies multi-pays et pour réellement les intégrer dans les stratégies-pays (World Bank, 2013 b).

Par ailleurs, l'évaluation IEG, 2011 soulignait que la valeur ajoutée potentielle des fonds, l'efficacité de l'aide qu'ils véhiculent, ainsi que leur cohérence avec les autres éléments de l'architecture internationale de l'aide, varient considérablement en fonction de l'utilisation qui est faite de leurs ressources. Le rapport invitait la Banque à impulser une évaluation des avantages comparatifs des fonds fiduciaires et des autres instruments d'aide, afin de contribuer à l'identification de priorités en vue de réformer l'architecture de l'aide multilatérale. Il est intéressant de noter que dans sa réponse à une nouvelle interpellation du Groupe Indépendant d'Evaluation en 2014 sur cette question, le management de la Banque a répondu qu'il ne partageait pas ce point de vue, précisant « que la croissance du portefeuille de fonds fiduciaires de la Banque reflète la préférence des donateurs pour utiliser la Banque comme une plate-forme efficace de fourniture d'aide, (...), et que des analyses émanant de différents documents du conseil d'administration montrent que la plupart des fonds fiduciaires sont complémentaires au travail de la Banque dans des domaines critiques tels que les Etats fragiles, les réponses à des catastrophes naturelles, les biens publics mondiaux (notamment dans le domaine du changement climatique et de la santé globale) et la participation de la société civile » (IEG, 2014 Update, Online).

La Banque apprécie la flexibilité qu'apportent les fonds fiduciaires notamment lorsqu'ils sont combinés avec d'autres sources de financement. Mais elle note « les difficultés d'administration et de gestion considérables qu'implique l'utilisation des fonds fiduciaires pour élargir le périmètre des activités de la Banque, en raison des exigences nombreuses et variées qui découlent des dispositions des fonds fiduciaires individuels » (IEG 2011, *op. cit.* p. 30), ce que confirment les conclusions du rapport IEG 2014.

¹⁴ Huit sur les 36 sélectionnés de manière aléatoire pour l'évaluation.

V. Avantages attendus pour les Etats bénéficiaires

5.1. Plus de ressources ? La question de l'additionnalité des apports

La plupart des fonds fiduciaires et programmes verticaux se proposent de mobiliser directement et indirectement des ressources qui ne l'auraient pas été en leur absence. Les grands fonds ont également pour objectif d'exercer par leur influence et leur capacité de plaider un rôle de catalyseur permettant de lever des fonds complémentaires auprès de bailleurs publics et privés (effets de levier). L'ensemble de ces ressources doit s'ajouter à l'aide disponible par ailleurs pour le secteur considéré (santé, environnement,...) et pour le financement des objectifs spécifiques, poursuivis par les fonds ou par les programmes qu'ils financent. On retrouve ici une problématique classique de l'analyse de l'affectation de l'aide à un secteur ou à un programme. La question de savoir si ces apports sont réellement additionnels ou s'ils se substituent à d'autres formes d'aide dont leurs domaines d'intervention pourraient potentiellement bénéficier est importante au regard de la place qu'ils occupent dans l'aide, plus particulièrement, dans l'aide à la santé¹⁵. Du point de vue du bailleur, un volet de ce questionnement est de savoir si participer à un fonds accroît le risque fiduciaire, c'est-à-dire le risque que l'aide octroyée, *via* les fonds fiduciaires et les programmes verticaux, ne soit pas utilisée pour financer ce à quoi les donateurs la destinent précisément.

Le concept de fongibilité est central dans cette problématique. Il recouvre ici une double dimension que l'on qualifiera d'interne et d'externe, dans un contexte d'asymétrie d'information et de relations d'agence entre le bailleur et le bénéficiaire.

Fongibilité interne. Suite à un apport d'un fonds finançant un programme vertical, le gouvernement du pays bénéficiaire peut diminuer le financement national qu'il consacre au domaine d'intervention du fonds, ceci d'un montant équivalent, inférieur ou supérieur à l'apport de ce dernier. Il peut ainsi :

- dépenser plus dans un autre domaine au sein du même secteur (fongibilité intra-sectorielle) ;
- dépenser plus dans un secteur autre que le secteur d'intervention du fonds (fongibilité inter-sectorielle) ;

¹⁵ Cf. graphique 1.

- utiliser une partie de la marge de manœuvre que lui apporte l'aide du fonds affectée à l'une de ses priorités pour réduire le volume total de ses dépenses publiques sur ressources propres, ou relâcher son effort fiscal.

Fongibilité externe. Si un fonds multi-donneurs ou à donneur unique, ou bien si un programme bilatéral de type PEPFAR a mobilisé des ressources venant de donateurs bilatéraux (publics ou privés, le raisonnement étant le même), ceux-ci peuvent :

- réduire d'un montant correspondant, inférieur, ou supérieur, l'aide bilatérale qu'ils consacrent au domaine d'intervention du fonds fiduciaire ou du programme vertical ;
- réduire leur aide bilatérale à d'autres secteurs ;
- réduire leur aide multi-bi dans d'autres domaines du même secteur ou dans d'autres secteurs ;
- cette réduction de l'aide multi-bi peut s'opérer avec ou sans modification de leur arbitrage entre organisations multilatérales. Par exemple, abonder en financement multi-bi tel fonds indépendant ou géré par la Banque mondiale, peut conduire le bailleur à réduire sa contribution volontaire extra-budgétaire à l'OMS (ou *vice versa*).

Du fait de la fongibilité, les ressources apportées par les fonds et programmes verticaux peuvent avoir un *continuum* d'effets pluridimensionnels. Par rapport à leur domaine d'intervention, l'additionnalité (en quelque sorte, assez symétrique à la fongibilité) peut être totale, partielle, voire négative. Dans ce dernier cas, la fongibilité externe et/ou interne conduira à une contraction des ressources disponibles pour le domaine d'intervention du fonds (par exemple les vaccins), qui sera supérieure à l'apport du fonds. Notons que dans la perspective de cette section, il importe de bien distinguer ce qui relève (a) de la problématique des effets des fonds étudiés sur le volume total de ressources allouées au financement de leur domaine d'intervention, (b) de la question des effets engendrés par les instruments par lesquels leur aide fléchée a transité (aide projet traditionnelle, SWAP, *cash-on-delivery*, etc.).

Que sait-on ? Les analyses économétriques transversales montrent que l'aide au développement dans son ensemble est partiellement fongible (donc non strictement additionnelle), y compris pour la santé. Mais les études par pays montrent que ce n'est pas toujours le cas, comme on a pu l'observer au Vietnam par exemple (Wagstaff, 2008).

S'agissant de la fongibilité des fonds fiduciaires pour lesquels très peu d'études sont disponibles, les travaux de Reinsberg *et al.* (2014)¹⁶ suggèrent une situation globalement différente. Les auteurs ont utilisé pour la période 1990-2012 une base qu'ils ont construite à partir des données de l'OCDE afin de mieux saisir l'aide multi-bi, notamment en supprimant les doubles comptages (Echenauer et Reinsberg, 2014). Ils ont cherché à identifier les effets de l'aide multi-bi sur l'aide multilatérale et bilatérale, tous secteurs confondus. Statistiquement, il n'est pas possible de distinguer entre les fonds finançant des programmes verticaux et les autres. Les résultats ne sont pas significatifs pour l'aide bilatérale et donc n'appellent pas de commentaire. Mais pour l'aide multilatérale, il apparaît que les Etats qui recourent comparativement plus à l'aide multi-bi tendent initialement à moins contribuer à l'aide multilatérale sous forme de « core-contributions ». Puis, au fil du temps, leur contribution de ce type augmente plus rapidement que ce n'est le cas pour les autres Etats. Tout en précisant que des analyses plus fines seraient nécessaires, les auteurs soulignent qu'il y a donc peu d'éléments indiquant que l'aide multi-bi conduit à moyen terme à une réduction de l'aide multilatérale traditionnelle ou à sa moindre croissance. Cela suggère que la progression de l'aide multi-bi n'est pas simplement due à un comportement de réallocation de l'aide au sein de l'enveloppe globale donnée dont disposent les bailleurs. En d'autres termes, il y aurait additionnalité au moins partielle des apports multi-bi.

Une étude de Harper (2012), portant sur l'APD bilatérale et multilatérale affectée à la lutte contre le VIH/sida dans 52 pays pour la période 2003-2009,¹⁷ présente une conclusion globale qui va dans la même direction que celle de Echenauer et Reinsberg, précitée, en ce sens que l'auteur ne trouve pas d'évidence d'une fongibilité générale de l'aide ciblée sur le VIH. Les résultats d'ensemble de l'étude sont confirmés pour un échantillon de 31 pays d'Afrique subsaharienne et pour les 22 pays qui présentent les taux de prévalence du VIH les plus élevés. Cependant, certains résultats suggèrent une fongibilité partielle dans six des 15 principaux pays bénéficiaires de l'APD affectée à la lutte contre le VIH¹⁸.

Ceci étant, plusieurs études qualitatives ne vont pas dans le sens des conclusions en faveur de l'additionnalité des apports fléchés et invitent à un regard plus nuancé :

- Le rapport d'évaluation des fonds fiduciaires de la Banque mondiale (World Bank, 2013 b), considère « qu'il n'y a pas d'évidence claire que les fonds fiduciaires viennent s'ajouter à l'aide disponible globalement » (p. 30). L'étude indique, qu'à l'exception des États-Unis, les bailleurs bilatéraux interviewés ont

¹⁶ La seule étude économétrique sur cette question dont nous avons connaissance.

¹⁷ Et qui passe pour l'essentiel par des fonds fiduciaires, mais par des programmes de moins en moins verticaux (cf. plus loin la « diagonalisation »).

¹⁸ Tous ne figurent pas dans la liste des pays où la prévalence du VIH est la plus élevée.

précisé que les ressources qu'ils consacraient aux fonds fiduciaires étaient tirées des enveloppes budgétaires globales dont ils disposaient pour l'aide, avec très rarement un effet d'élargissement du volume de ces enveloppes. Les donateurs non officiels (fondations, O.N.G.) ont indiqué qu'ils devaient arbitrer entre l'aide qu'ils accordent aux fonds fiduciaires et celle qu'ils destinent aux programmes bilatéraux et multilatéraux. Les conclusions du rapport IEG 2014 sont encore plus catégoriques : « *Most donors allocate funds from a fixed envelope for total official aid ; trust funds have not increased the size of that envelope* » (p. v).

- Dans l'étude Norad (2012), le Tadjikistan apparaît comme étant le seul pays sur neuf études de cas (« *desk reviews* ») pour lequel l'évaluation du Health Results Innovation Trust Fund (HRITF) montre clairement que des ressources additionnelles ont été mobilisées¹⁹.

- L'évaluation à cinq ans du Fonds mondial (Macro International, 2009) et celle de l'IEG (2012) indiquent que les donateurs ont globalement augmenté leurs engagements en faveur de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, à la fois dans le Fonds mondial et dans leurs propres programmes bilatéraux. Mais les auteurs précisent : « Toutefois, on ne sait pas si l'engagement total des donneurs pour ces trois maladies a été plus élevé ou plus faible qu'il ne l'aurait été en l'absence du Fonds mondial » (IEG, 2012). Les études pays livrent des résultats très contrastés. Certains donateurs ont réduit leur financement fléché VIH/sida au Burkina Faso en réponse aux dons du Fonds mondial. En 2006 au Cambodge, suite à l'intervention du Fonds, les bailleurs et le gouvernement ont voulu réduire la fragmentation de l'aide à la santé et à la lutte contre le VIH, ce qui a conduit la Banque Asiatique de Développement (BAsD) à se retirer du secteur santé pour se recentrer sur l'agriculture. La Tanzanie a été le seul pays (sur quatre) dans lequel les engagements des donateurs se sont accrus notablement depuis 2002 à la fois en faveur de la lutte contre les trois maladies cibles du Fonds mondial et en faveur du secteur santé dans son ensemble (Macro International, 2009 ; IEG, 2012). Si suite à l'intervention du Fonds mondial, les dépenses publiques nationales dans le secteur de la santé se sont accrues au Burkina Faso, au Cambodge et au Népal, elles ont en revanche diminué en Tanzanie. Mais le rapport de l'IEG considère que « du fait de la forte dépendance de la Tanzanie envers l'assistance extérieure, le gouvernement de la Tanzanie apparaît avoir réorienté ses propres dépenses vers d'autres domaines de priorité ne bénéficiant pas des ressources abondantes fournies par le Fonds mondial » (IEG, 2012, p. 33).

¹⁹ Provenant du Rapid Social Trust Fund et du Institutional Trust Fund (Banque mondiale). Par ailleurs, sans le HRITF, le don de l'AID aurait été plus faible qu'il ne l'a été.

- Pour GAVI, un ensemble d'éléments suggère que l'Alliance a assez largement mobilisé des ressources qui ne l'auraient pas été en son absence.

- Lors de la réunion de refinancement de Berlin en janvier 2015, GAVI a recueilli pour son plan d'action 2016-2020 des promesses de financement de 9,5 milliards USD contre les 7,5 milliards USD initialement escomptés (Usher, 2015). Les trois principaux donateurs, le Royaume-Uni, la Fondation Gates et la Norvège qui ont fourni 60 % des ressources durant l'exercice 2011-2015, ont augmenté leurs contributions. Leurs parts relatives ont cependant diminué en raison des engagements pris par les autres contributeurs : les États-Unis et l'Allemagne ont respectivement doublé et triplé leurs concours ; le Canada, la Commission européenne et les Pays-Bas ont notablement accru les leurs. Dans un contexte où la plupart des agences des Nations unies sont confrontées à une réduction de leur dotation, il est assez logique de considérer qu'une partie de ces 9,5 milliards USD est additionnelle au financement qui, en l'absence de GAVI, aurait été orientée vers les vaccinations.

- Ce constat de l'additionnalité au moins partielle du financement de GAVI n'est pas nouveau. Une étude de Milstien *et al.* (2008) indique que pour 50 pays, l'analyse des engagements confirmés en faveur de GAVI pour la période 2005-2010 ne montre pas « d'indication claire selon laquelle les financements de GAVI auraient déplacé des flux financiers existants pour la vaccination ; le financement de GAVI s'est plutôt ajouté au financement croissant venant à la fois de sources nationales et extérieures ». Cependant, les auteurs soulignent que parallèlement 17 pays sur les 50 considérés, ont enregistré une chute du financement des vaccinations en routine. Pour cinq d'entre eux, les Plans de Soutenabilité Financière mentionnent explicitement que les apports de GAVI ont entraîné une réduction du financement de la vaccination par d'autres sources, mais que pour les douze autres, il est difficile d'apprécier le rôle des apports de GAVI dans les baisses constatées (Milstien *et al. op. cit.*).

- La seconde évaluation de GAVI (CPA LLP, 2010) conclut qu'« il y a des retours cohérents des donateurs et des autres parties prenantes selon lesquels GAVI a attiré des financements. (...). Les donateurs indiquent qu'ils n'auraient pas consacré le même montant à la vaccination en l'absence de GAVI » (p. 84). Par ailleurs, certains bailleurs ont déclaré que leurs apports à GAVI n'ont pas pénalisé leurs financements multilatéraux, alors que d'autres reconnaissent qu'il est probable que leurs apports se sont opérés au détriment de l'OMS. Ces effets ont été confirmés par une enquête faite dans

le cadre de la même étude montrant que le financement de GAVI a été à l'origine soit d'un déplacement, soit d'un non déplacement, des apports des bailleurs bilatéraux aux organisations multilatérales dans un nombre équivalent de cas. La même étude (CPA LLP, 2010) indique que les apports de GAVI ont été additionnels au financement de l'UNICEF en faveur des vaccinations. Ces conclusions sont d'autant plus intéressantes que surgissent des interrogations sur la responsabilité des grands fonds fléchés dans les difficultés de financement, récurrentes depuis quelques années, de certaines agences des Nations unies, dont l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et le PNUD. Browne et Cordon (2015) soulignent que, sur le plan opérationnel, le caractère universel et intergouvernemental des structures des Nations-Unies « a contribué à une performance bureaucratique et embarrassante. Qui plus est, les opérations onusiennes sont de plus en plus en concurrence avec les autres sources et mécanismes d'assistance technique ; la création des fonds verticaux a été pour partie une réponse aux défauts opérationnels largement connus des Nations unies et que des études successives ont confirmée » (p. 4).

- Le rapport de la seconde évaluation de GAVI (2010) souligne également que l'IFFm a apporté une importante valeur ajoutée à l'ensemble du dispositif en ce qu'elle a incité les donateurs bilatéraux à s'engager en faveur de GAVI sur de plus longues périodes, permettant ainsi d'améliorer la prévisibilité des apports dans les programmes pays. Mais le rapport souligne également qu'il semble qu'il y ait eu au bout du compte peu de retombées sur la soutenabilité financière de ces programmes, notamment dans les pays à faible revenu. Il précise par ailleurs que les stratégies de GAVI en matière de choix et de combinaison des vaccins (pentavalent, rotavirus) n'ont pas été fondées sur une appréciation réaliste de la capacité des pays à faible revenu à assurer le financement de ces vaccins, que ce soit sur ressources domestiques ou extérieures (p. 98). Pour les auteurs du rapport, ces choix, ainsi que le modèle de financement de base de GAVI, ont eu un impact négatif sur la soutenabilité financière des programmes pays.

En résumé, il apparaît que la littérature invite à des conclusions très nuancées sur l'additionnalité des apports des fonds fléchés et plus spécifiquement, autant qu'on puisse en juger, des fonds auxquels sont adossés les programmes verticaux²⁰. Il faut

²⁰ Question connexe à celle de l'additionnalité, rien ne permet d'affirmer de manière générale qu'au niveau des Etats bénéficiaires, les apports multi-bi dans leur ensemble ou ceux des fonds verticaux sont plus instables que les autres formes d'aide bilatérale ou multilatérale (Reinsberg *et al.*, 2014 ; World Bank, 2013b).

noter que la plupart des études sur ces questions, qu'il s'agisse de travaux économétriques ou d'évaluations qualitatives, soulignent à juste titre la difficulté qu'il y a à établir un contrefactuel rigoureux.

Cela dit, il convient de rappeler qu'une réflexion en termes de fongibilité-additionnalité reste dépourvue de tout caractère normatif : la fongibilité n'est pas bonne ou mauvaise en soi. Tout dépend de l'utilisation qui est faite des ressources libérées par le financement fléché. La réallocation des ressources nationales suite aux apports d'un fonds fléché peut par exemple se faire au profit d'une priorité d'une importance identique, voire supérieure et améliorer le niveau de bien-être de la population du point de vue du gouvernement. Notons également que la problématique de l'additionnalité renvoie d'une part à la question de l'alternative aux fonds fiduciaires et programmes verticaux, que ce soit pour les bailleurs ou pour les pays bénéficiaires, et d'autre part, à celle de la réforme de l'architecture de l'aide internationale. Ces questions sont évoquées *infra*. Enfin, de par l'ampleur des ressources qu'ils peuvent mobiliser au niveau d'un État et la singularité de leur *modus operandi*, les grands fonds favorisent une meilleure collaboration, hautement souhaitable, entre le ministère des finances et le ministère de la santé du pays considéré. Il en résulte un environnement plus favorable à l'additionnalité de l'aide fléchée et à la cohérence des politiques de financement.

5.2. Contribution des fonds et programmes verticaux aux objectifs de Paris-Accra-Busan : des effets globalement positifs sur l'efficacité de l'aide, mais à nuancer ?

Dans son ouvrage « The great escape – Health, wealth and the origins of inequality », Deaton (2013) écrit : « *External aid has saved millions of lives in poor countries. (...) Most of the successful initiatives—the ones that have been responsible for most of the increase in life expectancy around the world—are what are called vertical health programs* » (p. 160). De son côté, Sachs (2014) considérait que les principaux fonds (Fonds Global, PEPFAR, PMI) de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose avaient été de larges succès : « *The approach of increased aid that is well targeted through innovative institutions has been enormously successful in improving public health in low-income countries. One could cite many examples ranging from the scale-up of vaccine coverage (largely through GAVI and UNICEF) to increased treatment coverage for HIV/AIDS and expanded tuberculosis control (through the Global Fund and the U.S. PEPFAR program)... These successes demonstrate a key lesson: that well-designed aid programs with sound operating principles, including clear*

*goals, metrics, milestones, deliverables, and financing streams, can make an enormous difference*²¹.

La question de l'efficacité de certains de ces programmes est examinée plus loin (chap. 7 et 8). Mais on analysera ici en quoi les fonds fiduciaires et programmes verticaux peuvent présenter des caractéristiques qui les situent dans la perspective du débat actuel sur l'efficacité de l'aide, tel qu'il ressort de la déclaration de Paris (2005), du Forum d'Accra (2008) et de la conférence de Busan (2011). On peut en résumer rapidement les principales orientations en considérant qu'il s'en dégage cinq principes directeurs visant à l'amélioration de l'efficacité de l'aide : (i) renforcement de l'appropriation de l'aide par les pays bénéficiaires et développement de leurs capacités, (ii) renforcement de l'alignement des donateurs sur les politiques et les procédures des pays²², (iii) renforcement de l'harmonisation des stratégies des bailleurs ; (iv) plus d'attention accordée à l'obtention de résultats mesurables ; (v) plus de transparence et de redevabilité mutuelle ; (vi) développement de partenariats inclusifs prenant en considération la société civile et le secteur privé. Les paragraphes qui suivent mettent l'accent sur les trois premiers objectifs.

5.2.1. Appropriation, alignement des priorités et renforcement des capacités pour une aide plus efficace

Pour qu'il y ait appropriation de l'aide, la première condition est que les objectifs des fonds et programmes verticaux soient alignés avec les priorités du bénéficiaire. Il faut ensuite que leur mode opératoire renforce la capacité du pays à concevoir et à mettre en œuvre des programmes et politiques. Faute de quoi, les incitations à l'appropriation effective disparaissent et s'instaurent des relations d'agence minant le renforcement des capacités.

Il y a dans la littérature un large consensus pour considérer que les fonds fiduciaires et les programmes verticaux ont dans une certaine mesure favorisé des progrès en matière d'appropriation. Pour certains (dont le Fonds mondial et GAVI), le pays candidat doit constituer un dossier exigeant qui témoigne *a priori* de son appropriation du programme pour lequel il sollicite le concours du fonds. Ce processus génère par

²¹ The case for aid, Foreign Policy Online, 21 January 2014.

²² Bien que le terme « alignement » ne soit pas mentionné dans le document final de Busan, alors qu'il était l'élément essentiel d'Accra. Mais comme le souligne Labart (2012), il y est fait référence de manière indirecte à l'article 18 : « Lorsqu'ils sont initiés par les pays en développement, les cadres et plateformes de résultats transparents et pilotés par les pays à leur propre niveau seront adoptés comme outil commun pour tous les acteurs concernés, pour s'en servir pour l'évaluation des performances, laquelle reposera sur un nombre raisonnable d'indicateurs de moyens et de résultats, élaborés d'après les priorités et les objectifs de développement des pays en développement » (p. 11).

ailleurs, du fait que le pays est en concurrence implicite avec d'autres États, ce que Schmidt-Taub et Sachs (2015) appellent une « découverte induite par la demande », et qui a joué un rôle important dans les processus organisationnels innovants de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Mais ces appréciations générales doivent être modulées par la prise en compte d'un ensemble d'éléments qui ont conduit à des résultats inégaux selon les pays et les fonds, et probablement beaucoup plus mitigés que ce qui était attendu.

Les fonds intervenant dans un seul pays semblent avoir été mieux adaptés aux besoins spécifiques des pays et mieux intégrés dans leur stratégie sectorielle, favorisant leur appropriation par les bénéficiaires, même si les critiques ne sont pas rares. À l'opposé, les gouvernements ont été peu impliqués en de nombreux fonds globaux, *i.e.* concernant plusieurs pays ou finançant des biens publics globaux ou régionaux²³. Il a été constaté que les objectifs de ces fonds et programmes ne correspondaient pas toujours aux priorités réelles des États et généraient des effets d'aubaine distordant les priorités locales (Biesner *et al.*, 2009 ; Reinsberg 2014), rendant délicate leur intégration dans les stratégies de développement des pays. Ces derniers étaient alors tentés d'adopter une attitude distanciée à leur égard ou d'afficher une appropriation de façade. Il est souvent reproché aux fonds et programmes verticaux d'alourdir le processus de programmation des pays bénéficiaires, notamment lorsque les critères d'éligibilité à leurs apports s'accordent mal avec les conditions locales, de créer des doublons et de complexifier inutilement les tâches des administrations locales, à l'opposé de ce qui était souhaité.

Il a été constaté que les programmes qui sont mis en œuvre selon des modalités qui leur sont propres, se plaçant ainsi plus ou moins en marge des systèmes des pays, donnent généralement de moins bons résultats en matière de développement des capacités. Toutefois, ici encore, il y a une très grande diversité de situations selon les fonds et les pays, ce que plusieurs exemples peuvent illustrer. La Banque mondiale considère que l'Indonésie représente le seul exemple parmi les études de cas réalisées lors de l'évaluation de ses fonds fiduciaires, où les grands fonds ont été complètement intégrés dans la stratégie du pays. Mais d'autres fonds ont donné de bons résultats, leur intégration, bien que partielle, dans les stratégies des États conduisant à l'élargissement de leur périmètre d'activités. C'est entre autres le cas du Health, Nutrition and Population Support Program au Bangladesh. Au Rwanda, autre exemple, le Health Results-Based Financing Program est un programme pilote que le gouvernement a souhaité étendre progressivement à l'échelle du pays. En revanche, les autorités rwandaises regrettent que les activités du Fonds mondial restent trop verticales et que

²³ Mais certains ont modifié leur stratégie (cf. §6 et §8).

ce dernier ne s'engage pas davantage dans le renforcement du système de santé rwandais.

L'insuffisante prévisibilité des concours financiers est une autre critique souvent faite aux différents fonds et programmes verticaux ; elle apparaît comme un frein à leur appropriation par les Etats (IEG, 2011 et 2012). Plusieurs pays se sont plaints de ruptures temporelles dans le financement du Fonds mondial, dues à l'articulation entre ses différents rounds. C'est par exemple le cas du Burkina Faso et de la Tanzanie (IEG, 2012).

Les Mécanismes de Coordination Pays (MCP)²⁴, mis en place par le Fonds mondial, jouent un rôle complexe mais essentiel en tant qu'organe de pilotage du partenariat dans chaque Etat bénéficiaire. Le premier rapport d'évaluation (Macro International, 2009) avait noté qu'en dépit de gains importants en matière de développement institutionnel dans de nombreux Etats, les résultats des MCP étaient très en retrait de ce qui était escompté. Ils présentaient des faiblesses importantes en matière de ressources, de capacités et de volonté politique pour remplir leur mission de supervision et de gestion. Trois ans plus tard, le rapport du Groupe Indépendant d'Evaluation de la Banque mondiale (IEG, 2012) a constaté des évolutions contrastées : des améliorations notables en certains pays (Burkina Faso et Cambodge), une situation inchangée en d'autres (Tanzanie et Brésil) et détériorée au Népal et en Russie. Le rapport souligne qu'une gestion inadéquate des conflits d'intérêt entre les différents partenaires (conflits, qui au demeurant, ne sont pas spécifiques au Fonds mondial) nuit à la qualité des partenariats et à l'appropriation des objectifs et des stratégies de mise en œuvre.

Le rapport Macro International 2009 souligne que « les partenariats au niveau des pays dépendent davantage de la bonne volonté et de la collaboration volontaire pour atteindre des objectifs partagés, que d'engagements négociés avec des rôles et des responsabilités clairement définis. (...). Les relations opérationnelles effectives entre le Fonds mondial et les autres organisations internationales dans le système de santé ont été largement absentes ». L'évaluation faite par l'IEG (2012) montre que des problèmes subsistent, mais que de manière générale, la situation s'est sensiblement améliorée.

Une approche collaborative avec les partenaires, notamment au niveau des pays, est au cœur du modèle de GAVI et de son approche de l'appropriation par les bénéficiaires²⁵.

²⁴ Country Coordination Mechanisms (CCM).

²⁵ Par exemple : *“The Business plan aims to adhere to the five Principles articulated in the Paris Declaration on aid effectiveness: country ownership, alignment, harmonisation, management for results and mutual accountability. As an example, the Health Systems Funding Platform, brings together several*

La seconde évaluation de l'Alliance (CEPA LLP, 2010) considère que l'une des valeurs ajoutées de GAVI au niveau des pays a résidé dans « le niveau d'appropriation apportée aux pays en raison de la flexibilité donnée au gouvernement pour définir les priorités de financement et les activités des programmes, gérer les fonds dans leur propre système et rendre compte des performances réalisées par les programmes ». Le rapport conclut ainsi : « Nos visites dans les pays ont mis en évidence que ces caractéristiques confèrent à GAVI une place à part parmi les donateurs bilatéraux et multilatéraux » (p. 34). Le fait que les Etats financent 62 % du coût des vaccins et 76% des coûts hors vaccins des vaccinations routinières, alors que GAVI couvre 35 % du coût des vaccins et seulement 4,3 % des coûts hors vaccins (Brenzel, 2015) est aussi un élément qui suggère une bonne intégration des interventions de GAVI dans la politique des bénéficiaires.

5.2.2. Coordination des bailleurs, harmonisation des stratégies d'intervention et fragmentation de l'aide

Coordination et harmonisation

La littérature tend à montrer que, de manière générale, les fonds et programmes multi-donneurs ont favorisé la coordination entre les bailleurs ainsi qu'une certaine harmonisation de leurs stratégies d'intervention. Mais le rapport de l'IEG (2012) souligne que « les revues de pays et de programmes suggèrent que les gains actuels pour renforcer la coordination de l'aide sont, dans l'ensemble, inférieurs à ce que l'on dit généralement » (p. 43).

Ici encore, les situations varient notablement selon les fonds, les programmes et les pays. C'est également ce qui ressort des évaluations du Fonds mondial. L'étude IEG (2012) indique que « de manière générale, le Fonds mondial a trouvé sa voie dans l'environnement de ses partenaires, caractérisé par différents degrés dans la capacité des gouvernements à effectivement coordonner les efforts des donateurs autour des stratégies nationales et dans la volonté des donateurs de collaborer entre eux » (p. 42).

Mais, dans plusieurs pays, des opportunités d'une meilleure coordination n'ont pas été saisies. Au Burkina Faso, en Tanzanie et au Cambodge, les bailleurs multilatéraux et bilatéraux ont formalisé un accord de partenariat avec le gouvernement dans le secteur

of the agencies involved in supporting health systems, and aims to better align the agencies' programmes around country systems. Similarly, the co-financing policy aims to ensure that new vaccines are included in domestic budget lines and that there is national financing as well as political commitment for their introduction (country ownership, alignment)».

Cf. GAVI Business Plan, <http://www.gavi.org/about/strategy/phase-iii-%282011-15%29/health-systems-goal>.

de la santé. Cet accord a pris des formes variées selon les pays : un fonds commun pour le secteur de la santé et des plans annuels pour coordonner la lutte contre le VIH au Burkina Faso, et des accords relevant d'une approche de type SWAp assortis d'un fonds commun au Cambodge et en Tanzanie. Le rapport souligne que « des parties prenantes au niveau des pays ont exprimé leur frustration concernant la non-participation du Fonds mondial à ces initiatives et ont déclaré souhaiter que le Fonds coordonne plus étroitement son soutien avec ceux des autres donateurs » (World Bank, 2013b, p. 43). De nombreuses difficultés en matière de coordination et d'harmonisation sont également signalées dans la littérature concernant les fonds mono-donneur et les programmes bilatéraux (PEPFAR, par exemple), que ce soit avec les autres acteurs ou avec le gouvernement.

Fragmentation de l'aide

Comme l'ont souligné les conférences de Paris, Accra et Busan, la fragmentation de l'aide est un sérieux obstacle à l'amélioration de son efficacité et, pour les pays partenaires, une source de difficulté pour une gestion efficace de leur développement. Les études précitées ont noté, dans plusieurs pays, une augmentation de la fragmentation de l'aide en raison, d'une part, de la croissance du nombre des fonds fléchés et, d'autre part, du fait que certains constituent de réelles enclaves institutionnelles et financières dans l'architecture de l'aide dont bénéficie le pays. Une étude de Kelley (2014) documente la multiplicité des « régimes de financement de la santé (RFS) »²⁶ dans 12 pays d'Afrique francophone. Leur nombre moyen est de 23 par pays. Il varie entre 15 (RCA), 28 (Burundi, Cameroun, Tchad) et culmine à 32 au Niger²⁷. 54 % d'entre eux sont soutenus par des financements extérieurs fléchés. Au Cameroun, 19 RFS sur les 28 recensés sont directement liés à des programmes verticaux et 17 dépendent presque exclusivement de l'aide des partenaires techniques et financiers. L'étude souligne que cette situation contribue à la fragmentation du financement de la santé et de l'aide à la santé en raison d'un non-alignement fréquent avec les cycles budgétaires des pays récipiendaires, d'une préférence pour les priorités des bailleurs et de la multiplicité des procédures liée à la multiplicité des bailleurs.

Au-delà des études précitées, il est toutefois difficile de dire si les fonds fiduciaires et les programmes verticaux ont *globalement* réduit ou plutôt accru la fragmentation globale et sectorielle de l'aide. D'un côté, la prolifération des fonds fiduciaires (qui ne financent pas nécessairement des programmes verticaux comme nous l'avons déjà précisé et dont

²⁶ Un régime de financement de la santé (RFS) est défini « comme un montage institutionnel qui établit une modalité spécifique pour le financement des coûts de production des services offerts par les formations sanitaires » (p. 17).

²⁷ Au Niger, la protection et l'amélioration de la santé des femmes enceintes relève de sept RFS distincts et, en partie seulement, complémentaires (Kelley, op. cit.).

la majorité est à donneur unique), représente *de facto* une multiplication des donneurs ayant des objectifs et des modalités d'intervention propres. Mais d'un autre côté, et notamment dans le domaine de la santé, le développement des principaux fonds et programmes verticaux semble avoir eu un impact positif sur la coordination de l'aide au niveau des pays bénéficiaires, favorisant une meilleure efficacité collective et neutralisant donc plus ou moins les effets négatifs d'une fragmentation accrue. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une question sur laquelle il faut être particulièrement vigilant. Se pose de plus la question de savoir si des résultats comparables du point de vue des objectifs de Paris-Accra-Busan ne seraient pas obtenus avec d'autres approches, tels que des SWAP par exemple, là où leur mise en œuvre serait possible.

5.3. Fonds fiduciaires et programmes verticaux à l'aune de la conférence d'Addis-Abeba sur le financement du développement

L'ensemble des questions concernant l'articulation des fonds fiduciaires et des programmes verticaux avec les objectifs des conférences de Paris, Accra et Busan voit son importance renforcée par le programme d'actions issu de la conférence internationale sur le financement du développement d'Addis-Abeba. C'est ce qui ressort clairement de la résolution 69/313, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 27 juillet 2015 dont on citera ici les extraits les plus significatifs :

- « Notre action s'articulera autour de stratégies de développement durable cohérentes, pilotées par les pays et s'inscrivant dans des cadres de financement nationaux intégrés. Nous réaffirmons que tout pays est responsable au premier chef de son propre développement économique et social et que l'on ne peut surestimer le rôle des politiques nationales et des stratégies de développement. Nous respecterons la marge de manœuvre et l'autorité de chaque pays en ce qui concerne l'application des politiques d'élimination de la pauvreté et de développement durable (p. 4) ;
- « Nous alignerons les activités (*de coopération internationale*) sur les priorités nationales, notamment en réduisant leur fragmentation (...). Nous favoriserons la prise en main des activités par les pays eux-mêmes, le primat des résultats et le renforcement des systèmes nationaux, le recours à des approches fondées sur des programmes chaque fois que cela se justifie, le renforcement des partenariats pour le développement, la réduction des coûts de transaction et l'accroissement de la transparence et de la responsabilisation mutuelle » (p. 21) ;
- « Des partenariats multipartites, tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose

et le paludisme, ont également obtenu des résultats dans le domaine de la santé. Nous préconisons une meilleure harmonisation entre toutes ces initiatives et les encourageons à améliorer leur contribution au renforcement des systèmes de santé. (...) Nous améliorerons la coordination internationale et la création d'environnements favorables à tous les niveaux afin de renforcer les systèmes nationaux et de parvenir à la couverture santé universelle » (p. 26), (Nations unies, 2015)²⁸.

VI. Fonds et programmes verticaux, approche intégrée et renforcement des systèmes de santé

6.1. Constats

Parmi les critiques formulées à l'endroit des fonds verticaux, l'une des plus récurrentes et des plus anciennes (Buse et Waxman, 2001), est leur impact considéré comme négatif sur les systèmes de santé²⁹. S'ils sont crédités d'une efficacité globalement bonne (cf. *infra*), il leur est fréquemment reproché non seulement de ne pas renforcer les systèmes de santé, mais sous certains aspects, de générer des externalités négatives qui les fragilisent.

²⁸ De nouveaux partenariats de financement ont également été créés pour lutter contre des problèmes de santé et de nutrition et impliquant des fonds fiduciaires et des problématiques traitées dans cette étude. La Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child a été mise en place. Des financements privés et publics aux niveaux national et international d'un montant de quelques 12 milliards USD ont déjà été recueillis dans le cadre de plans d'investissement quinquennaux, mis en place à l'échelle nationale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, dans les quatre pays où le mécanisme sera mis en œuvre en premier : l'Éthiopie, le Kenya, la République démocratique du Congo et la République unie de Tanzanie. La Fondation Bill et Melinda Gates, le Canada, les États-Unis et le Japon ont annoncé de nouvelles contributions d'un montant total de 214 millions USD en faveur du mécanisme. Ces fonds viennent s'ajouter aux contributions déjà annoncées par le Canada et la Norvège d'un montant total de 800 millions USD. La Banque Islamique de Développement et la Fondation Bill et Melinda Gates ont lancé un nouveau projet, le Fonds Lives & Livelihoods qui vise à éradiquer la pauvreté et les maladies dans les pays membres de la Banque Islamique de Développement. Par l'intermédiaire de ce projet novateur, la Banque Islamique de Développement, la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres donateurs soutiendront des programmes axés sur les soins de santé primaires, le contrôle des maladies, les petites exploitations agricoles et les infrastructures rurales de base, pour un montant équivalant à un montant de 2,5 milliards USD au cours des cinq prochaines années. En outre, six pays africains ont annoncé la mise en place d'UNITLIFE, premier système de micro-prélèvements sur les revenus des industries extractives, destinés à financer des campagnes de nutrition en faveur des enfants (Résolution 69/313, *op. cit.*). Naturellement, se pose ici la question que nous avons vue plus haut de l'additionnalité réelle de ces financements par rapport à la situation qui prévaudrait en leur absence.

²⁹ Certaines de ces critiques ne sont pas spécifiques à la santé et peuvent s'appliquer à l'aide affectée aux autres secteurs.

Pour faire bref, on peut dire que les critiques soulignent que les fonds/programmes verticaux ont des retombées négatives sur les groupes non ciblés par leurs interventions, qu'ils contribuent à la fragmentation des services de santé et à l'éviction d'une large fraction de la population des services généraux et de prévention. Il leur est aussi reproché de distordre certaines priorités nationales, de conduire à d'onéreuses duplications de structures, de détourner des crédits des services généraux, de surcharger l'administration du ministère de la santé et le personnel soignant. Ils draineraient une fraction « des meilleurs » agents à leur profit, en leur offrant des rémunérations hors de portée des Etats, laissant les autres salariés peu motivés dans l'accomplissement de leurs tâches. Autre critique, ils susciteraient des groupes d'intérêts s'opposant aux réformes des systèmes de santé et à l'intégration des services. Sur ces différentes critiques, cf. entre autres Garrett, 2007 ; Atun *et al.* 2008 ; Biesma *et al.*, 2009 ; Farag *et al.*; Aantjes et Chanda, 2011 ; Livinec et Rey, 2012 ; Barry, 2015.

À cela s'ajoute le fait qu'ils peuvent conduire les pays bénéficiaires à renoncer à des interventions moins onéreuses et plus efficaces pour lutter contre certains facteurs jouant un rôle important dans la surmortalité évitable pour les enfants de moins de cinq ans (Easterly 2009). Ce biais d'efficacité serait d'autant plus regrettable que les ressources dans les systèmes de santé sont insuffisantes.

Il y a par ailleurs un autre point qui ne recueille pas suffisamment l'attention : le financement de nombreux programmes verticaux (ou de fonds fléchés qui n'alimentent pas des programmes verticaux) se fait hors budget. Il peut en résulter une fragmentation budgétaire bien connue, avec les externalités négatives qui en découlent. Mais au-delà, et c'est ce qui ne nous semble pas assez souligné, si les programmes manquent de transparence, il y a asymétrie d'information et, dans ce cas, les gouvernements ne disposant pas des informations nécessaires auront des difficultés à déterminer avec précision là où ils doivent en priorité allouer leurs ressources nationales ou orienter l'aide à la santé non fléchée. Un exemple en est fourni par l'Ouganda. Le rapport « National AIDS Spending Assessment » souligne que « la fragmentation des fonds et l'allocation des ressources pour lutter contre le VIH rend difficile l'estimation de l'enveloppe totale de ressources qui lui est consacrée et par implication, une telle fragmentation permet difficilement de savoir comment ces ressources sont utilisées. Par voie de conséquence, assurer l'alignement de l'allocation des ressources et de leur utilisation avec les priorités clés du Plan de Stratégie Nationale devient un défi (Uganda Aids Commission, 2012, cité par Lee et Izama, 2015).

Mais loin des assertions générales, la littérature montre que la question de la contribution des programmes verticaux au renforcement des systèmes de santé est complexe et que l'opposition de principe « programme verticaux » *versus* « approche

intégrée », qui d'ailleurs s'estompe rapidement, est un faux débat relevant davantage de positions dogmatiques que d'analyses rigoureuses.

Encadré 1 - Que signifie renforcer les systèmes de santé ?

Améliorer la cohérence, l'efficacité et l'efficience de la chaîne d'interconnexions entre gouvernance, financement, achats de services, paiement des prestataires, logistique, système d'information, alignement des incitations, etc. pour que chaque élément de l'ensemble concoure, de manière articulée et sans rupture, aux objectifs de la politique de santé (Auteurs).

AFD : Les stratégies de lutte contre les maladies et de réduction de la mortalité maternelle et infantile ne sont durablement efficaces que si elles s'appuient sur des systèmes de santé dotés de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant, de financements adéquats dans la durée, de médicaments accessibles au plus grand nombre, d'infrastructures entretenues et équipées, de systèmes d'information efficaces... Ces systèmes de santé doivent également s'appuyer sur des politiques de santé efficaces, des mécanismes de paiement des soins équitables, ainsi que des partenariats entre les secteurs public et privé. (http://www.afd.fr/home/projets_afd/sante-health/objectifs-sante/renforcer-systemes-sante).

OMS : *Health systems strengthening: (i) the process of identifying and implementing the changes in policy and practice in a country's health system, so that the country can respond better to its health and health system challenges²²; (ii) any array of initiatives and strategies that improves one or more of the functions of the health system and that leads to better health through improvements in access, coverage, quality, or efficiency* (<http://www.who.int/healthsystems/hss>). S'appuyant sur la définition de l'OMS sur les objectifs et fonctions essentielles de tout système de santé, le renforcement des systèmes de santé vise le développement des capacités de six éléments clés afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations. Ces six éléments clés sont : (i) les politiques : définir les stratégies du secteur de la santé, clarifier les rôles des uns et des autres et gérer les différents besoins. (ii) le financement : garantir un financement juste et durable. (iii) les ressources humaines : mettre en place des effectifs suffisants et productifs. (iv) les systèmes d'approvisionnement : assurer l'approvisionnement, l'entretien, l'utilisation correcte des médicaments, l'équipement. (v) la gestion des services : améliorer l'organisation, la gestion et la qualité des services. (vi) les systèmes d'information et de suivi : basés sur des informations venant des institutions ou des enquêtes de population. (http://www.who.int/management/working_paper_4_fr_opt.pdf)

Fonds mondial : Un système de santé regroupe l'ensemble des organisations, des personnes et des actions dont la principale intention est de promouvoir, de rétablir ou d'entretenir la santé. Dans le cadre de l'aide du Fonds mondial, le renforcement des systèmes de santé renvoie aux activités et aux initiatives menées dans les pays pour améliorer les systèmes de santé sous-jacents et/ou gérer les interactions entre ces derniers de façon à parvenir à ce que les services de santé et les résultats liés aux trois maladies soient plus équitables et plus durables. En veillant particulièrement à établir des liens entre le secteur de la santé et les résultats de la lutte contre les trois maladies, le Fonds mondial demeure résolu à soutenir le renforcement des systèmes de santé, dans le cadre général du financement des propositions techniquement viables pour lutter contre les maladies. (<http://www.theglobalfund.org/fr/about/diseases/hss/>)

Etats-Unis : *HSS is any array of initiatives, strategies, or activities that improves one or more of the core functions of the health system – labeled “Building Blocks” by the World Health Organization (WHO, 2007) – and that contributes to better health, protects citizens from catastrophic financial loss and impoverishment due to illness, and ensures consumer satisfaction, all in an equitable, efficient, and sustainable manner.* (<http://www.ghi.gov/principles/docs/principlePaperHSS.pdf>)

Rappelons brièvement ici les principales faiblesses constatées dans les systèmes de santé. Elles concernent les infrastructures, l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines, les ruptures de stock de médicaments et de consommables, les carences des systèmes d'information pour que les données utiles au processus de décision arrivent au bon endroit et au bon moment, les déficiences protéiformes dans le leadership et la gouvernance. Le résultat d'ensemble est une qualité des soins trop souvent médiocre³⁰.

Les programmes de contrôle des maladies - le cœur des fonds et programmes verticaux - et les autres services de santé sont complémentaires et interdépendants. Or, ces faiblesses dans les services généraux de santé fragilisent les programmes de lutte contre les maladies spécifiques. C'est particulièrement vrai s'agissant de la lutte contre le VIH par traitement antirétroviraux, de la prévention de la transmission du VIH de la mère

³⁰ Les études Services Delivery Indicators de la Banque mondiale révèlent une situation alarmante dans certains pays, non seulement pour les services de santé au niveau secondaire, mais également au niveau primaire. Par exemple au Sénégal, seuls 30% des diagnostics de base dans les structures de premier niveau sont corrects ; dans les zones rurales, les protocoles cliniques sont respectés dans 20% des cas seulement. En Ouganda, les complications maternelles et néonatales sont correctement gérées dans 19% des cas et le taux d'absentéisme du personnel est de 46% (World Bank, Services Delivery Indicators 2013 – Online).

à l'enfant, de la mise à disposition de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et du développement des accouchements assistés.

Que nous dit la littérature sur la contribution des fonds et programmes verticaux au renforcement des systèmes de santé ? Différents travaux nous apportent des éléments d'information sur le rôle en la matière du Fonds mondial, de GAVI et du PEPFAR.

Fonds mondial. Les évaluations du Fonds mondial (Macro International, 2009 ; IEG, 2012) ont montré, nonobstant la variété d'expériences pays, que les apports souvent massifs de ressources dans les Etats bénéficiaires ont créé de très fortes tensions sur les systèmes de santé et ont parfois réduit les avancées faites par ailleurs en matière de développement des capacités. En parallèle, les faiblesses des systèmes existants ont limité les impacts positifs potentiels des interventions du Fonds.

GAVI. La seconde évaluation de GAVI (CEPA LLP, 2010) indique que certaines activités de l'Alliance vont dans le sens d'un renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires, mais que d'autres peuvent en accentuer les faiblesses et fragilités. Il est précisé qu'il était certes trop tôt pour évaluer l'impact de l'Alliance sur le renforcement global des systèmes de santé, mais qu'il a été trouvé peu d'évidences suggérant que les activités proposées puissent contribuer à corriger des goulets d'étranglement majeurs dans les systèmes.

Une étude de Patel, Cummings et Robert (2015) a questionné l'influence du Fonds mondial et de GAVI sur le système de santé dans les pays en conflit. Les résultats suggèrent que ces deux programmes ont eu des effets plutôt positifs sur le renforcement des systèmes de santé : ils ont permis d'augmenter rapidement l'offre de soins dans leurs domaines respectifs, de renforcer les ressources humaines, d'améliorer les processus d'achat et de développer des protocoles rigoureux³¹. Mais ils ont également eu des effets négatifs. Ceux identifiés par l'étude s'inscrivent dans les critiques classiques à l'endroit des programmes verticaux, que l'on a mentionnées plus haut.

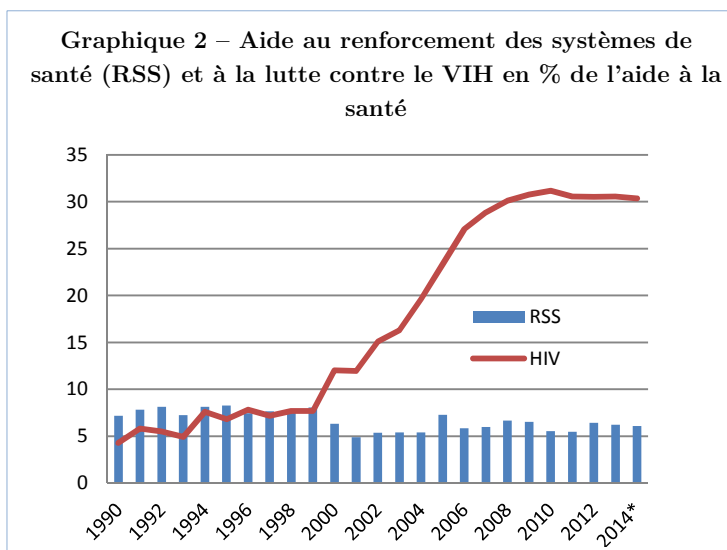
PEPFAR. Une étude de Lee et Izama (2015) utilisant une méthode de double différence, montre pour un échantillon de 12 pays africains ayant bénéficié du PEPFAR sur la période 2003-2009, que le programme a généré des externalités négatives ayant conduit à une réduction de la mortalité néonatale moins rapide dans les pays bénéficiaires que dans le groupe de contrôle. Ce résultat peut être considéré comme un effet indirect du PEPFAR sur le système de santé, disent les auteurs, car les interventions pour réduire la mortalité néonatale sont très dépendantes du fonctionnement des systèmes. Le PEPFAR a été modifié à compter de 2009, intégrant

³¹ C'est également ce qui ressort de Schmidt-Taub et Sachs, 2015.

notamment une stratégie en termes de ressources humaines pour la santé, dont il est attendu qu'elle « renforce la capacité des agents de santé à lutter contre le VIH en Afrique avec le double dividende de renforcer les systèmes de santé dans plusieurs pays (...) »³².

Les grands programmes verticaux (Fonds mondial, GAVI, PEPFAR) s'emploient à apporter une triple réponse aux critiques qui leur ont été faites au sujet de leurs rôles respectifs négatifs ou insuffisants dans le renforcement des systèmes de santé.

- i. Ils consacrent des ressources spécifiques croissantes à ces question³³. Warren *et al.* (2013) ont développé un cadre méthodologique pour analyser la répartition des dons de la phase I du 8ème round du Fonds mondial selon les six blocs constitutifs des systèmes de santé de l'OMS. Ils



trouvent que 37% des concours du Fonds ont porté sur des interventions relevant du renforcement des systèmes de santé. Mais globalement, l'aide au renforcement des systèmes de santé et aux approches sectorielles (SWAP santé) est encore très modeste. Elle représente environ 6% de l'aide totale à la santé en 2014 (graphique 2) contre 7,2% en 1990. Qui plus est, elle est, en valeur, en diminution de 4% par rapport à 2013 (IHME, 2015). Mais on notera que les volumes ont très fortement progressé en l'espace de 25 ans, de 0,5 milliard USD en 1990 à 2,2 milliards USD en 2014³⁴.

- ii. Les grands fonds s'engagent dans, ou appuient, une stratégie dite de « diagonalisation³⁵ », c'est-à-dire une stratégie dans laquelle « sont utilisées

³² <http://www.pepfar.gov/about/index.htm>

³³ Ce qui n'est pas une orientation nouvelle. En décembre 2005, le conseil d'administration de GAVI a alloué 500 millions USD au guichet de renforcement des systèmes de santé.

³⁴ En USD de 2014, source IHME.

³⁵ Le néologisme « diagonalisation » traduit, pour les interventions concernées par les programmes verticaux, l'intention de contribuer au renforcement des systèmes de santé (cf. encadré 1) par des actions dont les bénéficiaires s'étendent au-delà de la sphère spécifique des programmes verticaux et ont potentiellement vocation à profiter à l'ensemble des structures constituant la pyramide sanitaire,

des interventions explicitement prioritaires pour conduire aux améliorations, concernant notamment des questions génériques comme le développement des ressources humaines, le financement, la planification des structures, l'offre de médicaments, la rationalité des prescriptions et la garantie d'une qualité des soins » (Frenk, 2006)³⁶.

- iii. Certaines des activités des fonds (ou des activités qu'ils financent) ont été intégrées dans le système de santé. C'est le cas par exemple des services de lutte contre le VIH et des services de santé sexuelle et reproductive. Nombre de pays ont fait de l'intégration des services de lutte contre le VIH un objectif de leur stratégie nationale de santé (UNAIDS, 2013). L'efficacité et l'efficience de ces approches intégrées font encore débat, mais de nombreuses expériences positives ont été enregistrées (Sweeney, 2014)³⁷. Sur le plan de l'efficience de la dépense, l'intérêt de l'intégration est renforcé par la contrainte en ressources auxquelles les pays doivent faire face.

Ces stratégies de renforcement des systèmes de santé n'ont pas échappé à certaines critiques. Storeng (2014), par exemple, considère que, contrairement à une conception large du renforcement des systèmes de santé qui devrait mettre l'accent sur les dimensions politiques et sociales, le soutien de GAVI au renforcement des systèmes de santé est devenu emblématique de ce qu'il est convenu d'appeler, selon lui, « l'approche Gates » de la santé globale, laquelle « se limite à des solutions techniques pour des résultats clairs et mesurables ». Storeng considère qu'en dépit d'une rhétorique de soutien à une conception holistique des systèmes de santé, les partenariats public-privé comme GAVI utilisent le débat sur le renforcement des systèmes de santé en faveur de leur approche spécifique et de leur éthique centrées sur la maladie.

6.2. Les voies d'une contribution plus large au renforcement des systèmes de santé

La littérature montre en quoi les programmes verticaux – et de manière plus générale les grands fonds fiduciaires fléchés et les programmes axés sur la lutte contre une pathologie - peuvent contribuer au renforcement des systèmes de santé, outre ce que

organisée en niveaux « horizontaux ». L'intervention verticale rejoint l'organisation horizontale du système, d'où « diagonalisation »...

³⁶ Toutefois, Vujicic *et al.* (2011) indiquaient qu'en matière de soutien au développement des ressources humaines, la majorité des interventions de GAVI et du Fonds mondial finançaient des compléments de salaire, avec peu d'informations sur les mesures prises pour en atténuer les conséquences négatives sur le reste du système de santé et sur ce qu'il adviendrait de ces revenus additionnels à l'issue de la période de dons.

³⁷ Cf. également § 8.

nous avons vu plus haut concernant les orientations qui se dégagent des conférences de Paris, Accra, Busan et Addis-Abeba. Nous empruntons ici aux cadres d'analyse développés par Van Damme *et al.*, (2010) et par l'OMS (2007)³⁸. Les programmes verticaux et les fonds thématiques, qui disposent de nombreux avantages comparatifs, peuvent schématiquement agir de quatre manières sur le renforcement des systèmes de santé : (i) par leur financement direct et/ou les conditions d'allocation de leurs ressources ; (ii) par leur implication dans les discussions sur la structuration des politiques de santé au niveau des pays autour des « six piliers » constitutifs des systèmes de santé³⁹, y compris en ce qui concerne leur soutenabilité ; (iii) par des échanges d'expériences partagées avec les Etats et les autres parties prenantes ; (iv) par leur engagement en faveur des bonnes pratiques (quel que soit le domaine) et (v) par leur intransigeance en matière de transparence et d'évaluation rigoureuse.

Plus spécifiquement, les programmes verticaux peuvent :

- alléger la charge de travail dans les services généraux de santé, promouvoir des interventions efficaces et efficaces pour contrôler les maladies, réduisant ainsi la charge globale de morbidité et la fréquentation des structures de soins ;
- éviter la surcharge de certaines plates-formes de soins dans le système, comme le font par exemple les distributions de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à travers des réseaux commerciaux ou de communauté ;
- renforcer ou développer des plates-formes multi-services et des systèmes supports (centrales d'achat, laboratoires d'analyses, chaîne du froid, système d'information, de suivi et d'évaluation⁴⁰, etc.) qui seront utilisés non seulement par le programme vertical, mais par d'autres structures du système de santé ;
- générer et transférer des connaissances utiles pour le système de santé dans son ensemble, les programmes verticaux développant fréquemment des approches innovantes en différents domaines.

A cela, il convient d'ajouter que les programmes verticaux, en appui avec d'autres entités, tel le Health Results Innovation Trust Fund (HRITF), peuvent contribuer à développer dans les pays une culture de résultats et de redevabilité, en ce qui concerne le financement basé sur les résultats ou la performance (RBF/PBF). De telles contributions sont nécessaires au renforcement des systèmes et du point de vue

³⁸ Voir également Atun *et al.* (2008).

³⁹ Cf. OMS dans l'encadré 1.

⁴⁰ Voir par exemple les recommandations de Health Metrics Network.

collectif, elles procèdent de la production d'un bien public global dans la lignée des orientations des forums d'Accra et de Busan.

Ceci étant, existent également de nombreux fonds fléchés, liés à des initiatives globales, mais qui ne sont ni des programmes verticaux ni axés sur une pathologie ou un groupe de pathologies, et qui affichent expressément des objectifs relevant du renforcement des systèmes de santé. On citera deux exemples, le Fonds Français Muskoka (FFM) et la Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child.

Le Fonds Français Muskoka (FFM)

L'initiative dite de « Muskoka » pour but essentiel de renforcer les systèmes de santé nationaux dans les pays en développement affichant un taux élevé de mortalité chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les interventions du FFM⁴¹, créé dans le cadre de l'initiative éponyme adoptée en juin 2010 par les pays du G8 (dont le Sommet s'était tenu à Muskoka), sont financées et mises en œuvre par la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEDI et par l'AFD. Les interventions Moskova du MAEDI, principalement financées sur le Fonds de Solidarité Prioritaire, sont mises en œuvre par quatre agences des Nations unies (FNUAP, OMS, ONU Femmes, UNICEF), par GAVI, le Fonds mondial et la Fondation Agha Khan pour le Développement. Les interventions de l'AFD s'effectuent dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens pour des projets bilatéraux ou multi-pays. Mais selon un rapport d'évaluation (EY, 2015), la complexité de la construction « limite la cohérence interne et la lisibilité du dispositif ». Cette complexité renvoie à la problématique de la coordination entre bailleurs et à celle de l'articulation opérationnelle de l'aide fléchée avec les mises en œuvre des politiques de santé, questions que nous avons vues plus haut.

Les interventions du FFM s'insèrent dans l'approche *Harmonization for Health in Africa*, déclinée en un cadre logique commun. Ce cadre met l'accent sur le renforcement du leadership et de la gouvernance, du système d'information sanitaire, du financement de la santé, des ressources humaines, des prestations de services de qualité et de la promotion des pratiques familiales essentielles. Le rapport d'évaluation EY (2015), tout en reconnaissant la pertinence des interventions, souligne que « la compréhension des liens de causalité entre ces facteurs et les moyens de les opérationnaliser, indispensable pour guider l'action publique, demeure limitée. Par ailleurs, en termes de choix des instruments, la répartition des crédits Muskoka (48% par le canal bilatéral et 52% par le multilatéral) n'a pas été fondée sur des considérations de complémentarité entre les

⁴¹ Et qui illustre par ailleurs plusieurs des questions que nous avons abordées dans cette étude.

instruments, mais davantage sur des logiques d'opportunité, politiques ou historiques » (p. 10).

La Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child

D'autres fonds, dont la finalité première n'est pas le renforcement des systèmes de santé témoignent, de par leur construction, de leur souci de se situer, en termes de mobilisation de ressources et d'intervention, dans une perspective non plus uniquement thématique, mais systémique.

C'est notamment le cas de la Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child annoncée par la Banque mondiale en septembre 2014 et adoptée par la conférence d'Addis-Abeba. L'impact recherché est la réduction de la morbidité et de la mortalité et l'amélioration de la qualité de la vie des femmes, des enfants et des adolescents (cf. encadré 2). Parmi les deux résultats attendus figure l'outcome 2, intitulé « Des systèmes de santé renforcés et des interventions multisectorielles complémentaires » (GFF, 2015).

Encadré 2 - The Global Financing Facility in Support of Every Women Every Child et le renforcement des systèmes de santé

“The GFF acts as a pathfinder in a new era of financing for development by pioneering a model that shifts away from a focus solely on official development assistance to an approach that combines domestic financing, external support, and innovative sources for resource mobilization and delivery (including the private sector) in a synergistic way. The GFF will serve as a major vehicle for financing the proposed SDG on healthy lives and will play a special role in scaling up financing to support the UN Secretary-General's renewed “Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health”.

The GFF brings partners together to provide smart, scaled, and sustainable financing to achieve and measure RMNCAH results at country level: (i) Smart financing ensures that evidence-based, high-impact interventions – whether clinical and preventive interventions, health systems strengthening, or multisectoral interventions – are prioritized and delivered in an efficient, results-focused manner; (ii) Scaled financing entails mobilizing the additional resources necessary to finance fully the RMNCAH agenda from domestic and international, and public and private sources; (iii) Sustainable financing secures universal access to essential services for every mother and every child (...).

At the heart of the GFF approach is a rigorous focus on achieving and measuring results. The GFF provides results--focused financing while also supporting the systems needed to monitor progress and measure results (...).The GFF operates as a facility that maximizes the comparative advantages of a broad set of partners. They are engaged at country level through a “country platform” that, under the leadership of national governments, builds on existing structures while embodying two key principles: inclusiveness and transparency. The partners use a number of approaches and mechanisms: (i) Investment Cases for RMNCAH; (ii) Mobilization of financing for Investment Cases (Complementary financing of the Investment Case; Increased government investment in RMNCAH; Linking grant funding to projects from the International Development Association (IDA) and the International Bank of Reconstruction and Development (IBRD); Innovative engagement of global and local private sector resources); (iii) Health financing strategies focused on sustainability; (iv) Investments in global public goods that support RMNCAH results at the country level. Across all of these, the GFF has a particular focus on issues and target populations that have historically been under-funded (...).Equity analysis ensures that disadvantaged and vulnerable populations are identified and prioritized.

To complement the work of the broader facility, a multi-donor trust fund – the GFF Trust Fund – has been established at the World Bank. The GFF Trust Fund builds on the experience and management capacity of the Health Results Innovation Trust Fund (HRITF) in providing results--focused financing to support countries to achieve RMNCAH results. It secures additional financing for RMNCAH by linking grant funding to IDA or IBRD financing.” (D’après The World Bank, Business Plan for the Global Financing Facility in Support of Every Women Every Child, June 2015).

VII. Critères d'allocation des ressources des fonds fléchés et besoins des pays : la sélectivité en question

La critique de l'inadéquation entre allocation et besoins qui traverse depuis des décennies le très riche débat sur la sélectivité de l'aide, n'épargne pas les grands fonds et programmes verticaux dans le domaine de la santé. Ces derniers font en l'espèce l'objet de trois critiques principales :

- *Décalage entre les interventions ciblées par les programmes et la charge globale de la maladie.* Ces fonds/programmes sont par nature centrés sur des maladies spécifiques

qui affectent inégalement les pays. Comme ils mobilisent une part importante de l'aide à la santé, ils sont en partie responsables du décalage observé entre la charge globale de la maladie et l'allocation par pays de l'aide à la santé. Entre 2000 et 2014, la lutte contre le VIH est devenue le principal bénéficiaire de l'aide à la santé, passée de 12% à 31% du total, essentiellement en raison de la création et de la montée en puissance du Fonds mondial et du PEPFAR. Or globalement et dans de nombreux pays, la part du VIH et des pathologies associées dans la charge globale de la maladie est nettement inférieure à ces proportions⁴². En d'autres termes, l'aide à la lutte contre le VIH absorbe globalement une part trop importante de l'aide à la santé si l'on s'en tient au seul critère de ce que représente le VIH dans la charge globale de la maladie. Il en résulte de plus des apports que certains considèrent comme disproportionnés en faveur des pays à revenu intermédiaire, au détriment des pays à faible revenu et plus particulièrement des pays les moins avancés (PMA).

Toutefois, des analyses conduites selon un autre angle d'approche aboutissent à des conclusions différentes s'agissant de la relation entre aide à la santé et besoins. Lee et Lim (2014), dans une étude sur un échantillon de 112 pays pour la période 1995-2011, trouvent que l'aide « globale » à la santé (*i.e.* bilatérale et multilatérale, affectée et non affectée) répond aux besoins des Etats bénéficiaires, besoins estimés par la mortalité infantile, la mortalité infanto-juvénile et la prévalence du VIH⁴³. Une augmentation de 10% de la prévalence du VIH entraînerait une augmentation de l'aide à la santé de 1,92% à court terme et de 2,21% à long terme, en raison à la fois d'une augmentation du nombre de projets et de leur taille moyenne.

- *Inégalités de traitement des pays bénéficiaires par rapport au poids de la maladie cible ou à leur situation dans le domaine d'intervention des programmes.* L'éligibilité aux concours des programmes repose sur des critères qui ne dépendent pas exclusivement de la situation des pays concernant les maladies cibles. Elle prend aussi en considération des critères de résultats/performance dans le domaine d'activité des fonds et de qualité de la gouvernance des bénéficiaires potentiels. En ce sens, une étude

⁴² On pourrait donner les exemples de pays en Afrique (Sénégal, Mauritanie, Madagascar) où la prévalence du VIH/sida était dès le départ très faible, moins de 1% en 2001 (0,5%, 0,6% et 0,7% respectivement, ONUSIDA, 2013) et qui ont accordé au sida des ressources financières très importantes grâce aux financements du Fonds mondial alors que ces pays avaient peut-être d'autres priorités de santé publique pour des maladies non ciblées par les fonds verticaux et pour lesquels les financements étaient faibles (à titre d'exemple, la mortalité maternelle est encore très élevée, 500 pour 100000 naissances vivantes, en 2013 dans la région Afrique de l'OMS, comparativement au monde, 210 pour 100000, ou à la région Europe, 17 pour 100000. Elle était ainsi égale en 2013, à 320 pour 100000 au Sénégal et en Mauritanie et 440 pour 100000 à Madagascar, OMS, 2014).

⁴³ Ces résultats contrastent avec ceux d'Esser et Bench (2011) qui ne trouvaient pas de liens clairs entre la structure de la charge globale de la maladie des pays et l'aide publique et privée à la santé (période 2005-2007).

d'Eichenauer et Knack (2012) suggère qu'il y a une relation globale positive entre les concours des fonds fiduciaires dans leur ensemble et la capacité institutionnelle des pays receveurs, mesurée par le CPIA⁴⁴. Mais pour nombre d'entre eux, le volume des apports des grands fonds fléchés n'est pas lié à l'importance des pathologies ciblées par ces derniers. Par exemple, en 2011, le Mozambique et le Cameroun arrivent respectivement aux 4^{ème} et 13^{ème} rangs en termes d'AVCI perdues du fait du VIH, mais aux 8^{ème} et 37^{ème} rangs pour l'aide allouée à la lutte contre le VIH. À l'opposé, le Rwanda et la Namibie qui sont aux 22^{ème} et 42^{ème} rangs pour la perte d'AVCI liées au VIH, se trouvent aux 10^{ème} et 14^{ème} rangs en matière d'aide affectée à la lutte contre cette pathologie (IHME, 2015). Autres exemples, le Mali et le Niger arrivent en 5^{ème} et 9^{ème} positions pour la perte d'AVCI due au paludisme, mais aux 23^{ème} et 50^{ème} rangs pour l'aide affectée à la lutte contre le paludisme. À l'opposé, Madagascar et le Malawi qui sont comparativement moins touchés (28^{ème} et 29^{ème} rangs en termes d'AVCI perdues) figurent aux 6^{ème} et 11^{ème} rangs des bénéficiaires de l'aide à la lutte contre le paludisme. L'examen des relations entre la charge de la maladie pour le paludisme et la tuberculose conduit aux mêmes conclusions. Celles-ci restent valides si l'on prend en considération d'autres éléments, tel que le niveau de revenu par tête.

Il a été reproché à GAVI de négliger les pays à revenu intermédiaire qui, de par leur statut catégoriel, ont peu ou pas accès au financement extérieur concessionnel pour développer leur couverture vaccinale, alors qu'ils sont très hétérogènes en termes de revenu. En effet, certains d'entre eux sont très proches des pays à faible revenu et ont des taux de pauvreté supérieurs. Cette situation a conduit l'assemblée générale de l'OMS à adopter plusieurs résolutions et à la création, en 2012, du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (Kaddar *et al.*, 2013).

- *Insuffisante attention portée aux maladies chroniques.* Pour certains observateurs, la croissance de l'aide mobilisée par les fonds fléchés sur le VIH/sida expliquerait pour partie le fait que la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), lesquelles représentent 54% de la charge globale de la maladie dans les pays en développement (Global Burden of Disease Study, 2013), ne bénéficie que de 2% de l'aide à la santé⁴⁵ (IHME, 2015). La communauté internationale commence à réagir depuis quelques années, avec notamment la création en 2013 de la United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NDCs et du Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NDCs de l'OMS. Ces décalages entre l'allocation de l'aide à la santé et la charge globale de la maladie imputable aux MNT sont d'autant

⁴⁴ Indice "Country Policy and Institutional Assessment" de la Banque mondiale. Les auteurs montrent également que les pays pauvres bénéficient comparativement d'un niveau d'aide plus élevé en provenance de l'ensemble des fonds fiduciaires. Mais l'étude ne différencie pas entre les fonds qui relèvent d'une approche verticale et les autres.

⁴⁵ Dont environ un tiers provient de la Banque mondiale et des banques régionales de développement.

plus préoccupants que leur croissance frappe durement les pays à faible revenu. Ces derniers doivent en effet faire face à un double fardeau, car parallèlement au développement des maladies chroniques, ils continuent de souffrir d'un niveau substantiel de maladies transmissibles. La conjugaison des deux entraîne une forte pression sur les systèmes de santé, ce qui soulève à nouveau la question des relations entre fonds fiduciaires/programmes verticaux et renforcement des systèmes de santé.

VIII. Evaluation de l'efficacité des programmes verticaux : contexte et difficultés spécifiques

Contrairement aux programmes intégrés, qui visent l'amélioration de la santé globale sur le long terme en s'appuyant sur des services de santé généraux dont on cherche à améliorer le fonctionnement, l'efficacité et l'efficience, les programmes verticaux se concentrent, comme nous l'avons vu, sur un problème de santé spécifique, abordé en appliquant des dispositions particulières. On pourrait alors penser que l'évaluation des programmes verticaux est simple. Ce n'est pas le cas comme nous le verrons plus bas avec la multiplicité des acteurs-donateurs-partenaires qui peuvent intervenir pour un même problème de santé (cas du paludisme, du VIH/sida) et l'intégration de certaines activités découlant au départ des programmes verticaux (comme le traitement préventif intermittent du paludisme pour les enfants et les femmes enceintes par exemple).

Tenter d'évaluer leur efficacité est cependant d'autant plus nécessaire que les programmes verticaux sont critiqués par une partie de la communauté internationale et des acteurs locaux alors qu'ils reçoivent des financements très importants.

Pour la clarté de l'analyse, résumons brièvement ici les critiques qui leur sont faites sur les éléments qui pourraient nuire à leur efficacité⁴⁶. Il leur est notamment reproché :

- d'être essentiellement accès sur les gains d'efficacité et d'être menés de l'extérieur sur une approche du centre vers le bas, induisant un engagement insuffisant des agents et populations locales ;

⁴⁶ En réponse au reproche sur le manque d'efficacité de l'aide, la Déclaration de Paris, le forum d'Accra et la Conférence de Busan ont conduit à l'élaboration de principes qui doivent permettre d'améliorer l'efficacité des fonds fléchés et des programmes verticaux, comme nous l'avons vu plus haut (cf. § 4.2).

- de concurrencer les autres maladies non ciblées par les financements des partenariats mondiaux, à moins d'intégrer les affections « délaissées » dans certains programmes verticaux comme pourrait l'être désormais l'hépatite B qui attire depuis quelques années l'attention des partenaires et des chercheurs (voir par exemple Lemoine, Eholié et Lacombe, 2015 ; Rossi *et al.*, 2007) ;
- plus spécifiquement, les programmes verticaux apportent une réponse à une maladie. Ils sont peu efficaces pour les problèmes de santé qui ont des causes multiples comme dans le cas des maladies cardio-vasculaires ou des comorbidités comme celles de la tuberculose et du VIH/sida.

Pour ces raisons, les programmes verticaux ne permettront pas d'atteindre pleinement leurs objectifs sans mobiliser les autres ressources et activités du système de santé. Cette critique trouve une application directe avec la conférence sur la transmission de la mère à l'enfant du VIH/sida (PTME) qui s'est déroulée à Paris en 2011 et qui conclut entre autres que « les défaillances globales des systèmes de santé obligent à penser la PTME dans une approche intégrée où les interventions de PTME doivent s'inscrire dans le panel plus large d'activités dédiées à la santé de la mère et de l'enfant », en prônant aussi pour certains pays « une stratégie plus proactive en matière de dépistage, promouvant notamment le dépistage à l'initiative du soignant plutôt que de s'en remettre au seul dépistage volontaire, trop peu pratiqué » (Unicef, 2011).

Mais différents arguments sont avancés pour montrer leur meilleure efficacité :

- ayant une plus grande spécialisation et concentration des services, ils permettraient de maximiser l'impact et la réponse temporelle de la ressource disponible ;
- ils donnent des résultats plus rapidement, dans un contexte de faiblesse des systèmes de santé ;
- ils accroissent la visibilité pour une maladie ou un service jugé prioritaire : c'était le cas des vaccinations, dans les années 1980, du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose et ce le sera pour les maladies négligées, comme les schistosomiasés ;
- ayant une meilleure gouvernance et transparence, ils responsabilisent les promoteurs et contribuent au développement d'une culture de résultats et de redevabilité.

Estimer l'impact des programmes verticaux est difficile pour au moins deux raisons :

- La première raison est liée à la multiplicité des acteurs qui interviennent dans le financement et la mise en place de ces programmes ou de certains de leurs volets. La lutte contre le VIH/sida par exemple fait intervenir de nombreux acteurs publics et privés, qui plus est, impliqués à différents niveaux (international, transnational, national, Eboko *et al.*, 2015). On trouve, outre le Fonds mondial, le Multi country AIDS program de la Banque mondiale, le Presidential's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), UNITAID, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation Clinton pour les principaux. Il en est de même pour la lutte contre le paludisme qui fait intervenir également outre le Fonds mondial, l'Unicef, PMI, la Banque mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates⁴⁷. Cette multiplicité d'acteurs, parfois plus en concurrence qu'en harmonie (comme nous avons pu le constater à propos du paludisme au Sénégal et à Madagascar, Andrianantoandro et Audibert, 2015) contribue parfois à la duplication des activités et au manque d'efficacité globale, qui biaisera toute tentative d'estimation de l'impact.
- La seconde raison, découlant en partie de la première, est liée à l'effet de causalité. Estimer l'impact d'un programme ou d'une intervention revient à estimer l'effet causal qui montre que le résultat obtenu (l'amélioration de l'état de santé par la diminution des cas et des décès pour les programmes de santé et leur ampleur) est dû au programme et non à d'autres causes extérieures. Or pour pouvoir montrer cet effet causal, il est impératif de pouvoir observer aussi des situations sans intervention (zone contrôle) et des situations avant et après intervention⁴⁸. Ces conditions ne sont pas réunies. D'abord parce que les programmes verticaux qu'on souhaiterait évaluer dans le domaine de la santé ont été mis en place depuis de nombreuses années (depuis au moins 2001 pour les programmes soutenus par le Fonds mondial) et très rapidement à l'échelle nationale, du moins pour une grande part de leurs activités. Il est difficile dans ces conditions de trouver une situation sans intervention et d'obtenir des données épidémiologiques de fiabilité comparable aux données récentes pour les

⁴⁷ L'arrivée successive sur « le marché » de ces acteurs et des initiatives a conduit à une mobilisation massive, à travers le Fonds mondial, de ressources financières pour les trois maladies cibles et le renforcement du système de santé qui sont passées de moins de 1 milliard USD par an avant les années 2000 à plus de 5 milliards USD par an en 2013 (Fonds mondial, Draft consolidated financial statements as at 23 January 2014).

⁴⁸ Pour plus de détails sur les conditions d'une analyse d'impact rigoureuse, voir Fougère, 2010 ; Gertler *et al.*, 2011 ; Kandler *et al.*, 2010 ; Naudet et Delarue, 2007.

années antérieures à 2000⁴⁹. C'est ce qui pourrait expliquer la rareté des études comparant les approches verticales et horizontales.

Cette rareté peut s'expliquer également par le fait que, dans le cas de la lutte contre les maladies, les programmes verticaux se déclinent en plusieurs activités (appelées aussi stratégies) qui, pour certaines, seront intégrées (cas de la lutte contre le paludisme par exemple). Cette intégration, de même que la diversité des activités, rendent alors plus complexe l'évaluation globale du programme de lutte. Car l'évaluation séparée des activités qui peut en découler, notamment si elles ne sont pas menées au même niveau, permettra difficilement une synthèse claire au niveau du programme.

L'exemple de l'étude de Balya *et al.* (2007), comparant l'efficacité et l'efficience d'une approche verticale ou intégrée communautaire dans le contrôle des vecteurs du paludisme à Cuba conclut que l'approche communautaire est plus coût-efficace que l'approche verticale. Mais ce résultat, en faveur ici de l'approche intégrée, s'avère non valide pour une prise en charge adéquate des cas. L'étude de Pronyk, Muniz, Ben Nemsler *et al.*, (2012) montre qu'un programme intégré, mais multisectoriel (agriculture, éducation, infrastructure, santé) au sein d'un partenariat communautés-gouvernement local, donne de très bons résultats et rapidement (en trois ans) en termes de réduction de la mortalité des enfants en Afrique subsaharienne.

Encadré 3 : Principes du Fonds mondial (2002 – 2011)

De la gouvernance à l'allocation des subventions :

- Agir comme instrument financier et non comme exécutant.
- Obtenir et mobiliser des ressources financières supplémentaires.
- Soutenir des programmes qui découlent des projets et priorités des pays.
- Agir de manière équilibrée en termes de régions, maladies et d'interventions différentes.
- Suivre une approche intégrée et équilibrée de la prévention et des traitements.
- Évaluer les propositions par le biais de processus d'examen indépendants.
- Agir avec transparence et responsabilité

⁴⁹ Il y a eu par exemple des progrès en matière de notification des cas ou de dépistage et de diagnostic depuis une quinzaine d'années.

Barry (2015), analysant la littérature sur l'efficacité de l'aide à la santé à travers les partenariats (comme le Fonds Mondial, Alliance GAVI, PEPFAR, etc.), estime que les évaluations qui ont été menées sont partielles, notamment parce qu'elles ne s'intéressent pas ou que partiellement aux conditions de l'efficacité de l'aide. Il avance ainsi l'argument selon lequel lorsque l'aide, issue de ces partenariats, s'avère inadéquate et qui plus est, a des effets négatifs sur les systèmes de santé, c'est qu'elle est régie par des donateurs qui ne respectent pas les conditions d'une coordination efficace de l'aide. Il donne l'exemple du partenariat RMB dans la lutte contre le paludisme au Sénégal et montre que ce partenariat a peu respecté les conditions d'efficacité. Ainsi, sur huit conditions étudiées, quatre ne sont pas respectées (objectifs communs clairement précisés et réalistes, rôles et responsabilités de chaque partenaire clairement délimités d'un commun accord, satisfaction aux obligations convenues, rationalité substantive des acteurs) et deux ne le sont que partiellement (transparence et égalité de participation ; Barry, 2012, cité dans Barry, 2015).

IX. Efficacité du Fonds Mondial et de GAVI

9.1. Le Fonds Mondial

9.9.1. Face aux critiques

A sa création, le Fonds mondial se présente comme un mécanisme innovant qui incarnait les principes de la Déclaration de Paris : efficacité, appropriation, participation et alignement sur les besoins et non sur l'offre d'aide (Eboko, 2015). Le financement initial était accordé sur la base de la qualité des demandes et sa reconduction dépendait des résultats démontrés par les bénéficiaires des subventions (voir Principes, encadré 3).

Mais le Fonds mondial se verra reprocher de dévier progressivement de ces principes et notamment de créer des distorsions de priorités en apportant un financement massif sur des maladies cibles, mais pas toujours prioritaires dans les pays éligibles, alors même qu'un grand nombre d'entre eux étaient dotés d'un système de santé peu performant qui pouvait nuire à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD).

Ce reproche sera pris en considération par la mise en place de fonds pour le renforcement des systèmes de santé, mais dont les montants restent cependant peu élevés (760 millions USD d'engagements, montant cumulé, pour la période 2003-2013), comparativement aux fonds destinés aux trois maladies (28,6 milliards de dollars d'engagement, montant cumulé, 2003-2013)⁵⁰.

Encadré 4. Corruption, gouvernance et réponse du Fonds mondial

La crédibilité du Fonds mondial a été ébranlée par de nombreuses affaires de malversations et détournements des ressources allouées dans plusieurs pays (Mali, Mauritanie, Zambie, Djibouti, Acodess et PhI consulting, 2013), révélées par le Bureau de l'inspecteur général du Fonds mondial (2011, 2012) et dénoncées dans la presse africaine

(<http://www.jeuneafrique.com/194967/societe/fonds-mondial-scandale-bamako/>;
<http://www.slateafrique.com/745/sida-fonds-mondial-detournements-corruption-afrique> ; <https://www.maliweb.net/politique/corruption-lutte-contre-la/affaire-de-detournement-au-fonds-mondial>).

Le Fonds mondial avait choisi la transparence en publiant ces rapports sur son site internet et affichait sa fermeté en 2010 avec la déclaration de Michel Kazatchkine :

« Le Fonds mondial ne tolère aucune fraude et il nous incombe d'agir immédiatement pour y mettre fin, récupérer les fonds détournés et établir les moyens les plus fiables pour acheminer les ressources vers les personnes qui en ont le plus besoin. La suspension de subventions est, pour le Fonds mondial, le moyen de faire comprendre aux parties concernées que les détournements de fonds ne sont pas acceptables. Il s'agit ensuite de travailler de façon constructive avec les pays pour résoudre les problèmes et concentrer nos efforts pour sauver des vies. »

Un autre reproche concernera les reconductions de financement (déboursement des seconde et troisième tranches) qui sont accordées en se préoccupant, outre de gouvernance (voir les problèmes de détournement des ressources et la réponse du Fonds mondial, encadré 4), plus de l'adéquation des dépenses avec la budgétisation et la programmation que des résultats ou du moins, des effets directs (*outcome*) des programmes mis en place, en attendant le résultat final ou l'impact qui ne peut être estimé qu'à plus long terme (Barry, 2015 ; voir également Audibert, 2009, sur les différents effets attendus des programmes).

⁵⁰ Signed Funding, from Global funds, draft consolidated financial statements as at 23 January 2014.

En réponse aux premières critiques, le Fonds mondial a fait évoluer son modèle financier et a cherché de nouvelles façons de renforcer la prise en charge et la gouvernance des pays bénéficiaires. En vue d'améliorer l'efficacité de l'aide et notamment de la gestion orientée sur les résultats, le Fonds produit des documents, directives, conseils et recommandations en matière de suivi de l'efficacité des programmes mis en place. Si l'évaluation des résultats dépend de la capacité de suivi et d'évaluation des pays, des initiatives ont été élaborées telles que :

- le contrôle systématique et périodique des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation ;
- la vérification des données sur place, requise au moins une fois par an pour chaque subvention ;
- les vérifications de la qualité des données, menées chaque année pour des subventions préalablement sélectionnées (Fonds mondial, 2010).

Cherchant à aller plus loin dans la réponse aux critiques émises, le Fonds mondial a élaboré en 2012 un cadre stratégique qui fixe des objectifs (encadré 5) et des cibles explicites en matière d'effets sur la santé (annexe 2). Le financement initial est accordé sur la base de la qualité des demandes et sa reconduction dépend des résultats démontrés par les bénéficiaires des subventions. Ce cadre incorpore un programme de renforcement des capacités des systèmes de santé.

Avec ce cadre stratégique, apparaît la notion d'efficience (liée au non gaspillage des ressources), l'objectif étant de mieux cibler les programmes et leur efficacité, sur la base d'un « excellent » rapport coût-efficacité (objectif 1) et d'un modèle de financement plus souple (objectif 2), assurant une meilleure gestion et pérennité des ressources (objectif 5). La définition des cibles et l'identification des indicateurs permettant de suivre l'atteinte de ces objectifs ont été avancés pour aider les maîtres d'œuvre des programmes à mieux mesurer les progrès accomplis (Fonds mondial, 2012).

Ce cadre stratégique devient ainsi le nouveau modèle de financement s'appuyant sur les principes de pérennité, d'approche intégrée et équilibrée, d'appropriation par les pays, de financement en fonction des résultats (bon rapport coût-efficacité), d'efficacité et d'efficience. Ce nouvel instrument de financement marque le changement de paradigme du Fonds mondial, axé sur l'offre avec le paiement à la performance et moins sur la demande, avec le paiement sur le besoin comme cela était au départ, et, en cela, est déjà critiqué. Pour certains, le choix de s'appuyer sur la performance et l'efficience de l'offre, ne respecte plus un des principes de la Déclaration de Paris, celui de l'appropriation et d'aider les gouvernements à définir leurs priorités.

Encadré 5. Cadre stratégique du Fonds mondial 2012 - 2016 : Objectifs

Investir pour maximiser l'impact¹ en s'appuyant sur cinq objectifs :

- investir de manière plus stratégique dans les domaines présentant un fort potentiel d'impact et un excellent rapport coût-efficacité, et attribuer des financements en fonction des stratégies nationales des pays ;
- faire évoluer le modèle de financement pour fournir des financements de manière plus volontariste, plus souple, plus prévisible et plus efficace ;
- contribuer activement au succès de la mise en œuvre des subventions à travers une gestion des subventions plus pratique et de meilleurs échanges avec les partenaires ;
- promouvoir et protéger les droits de l'homme dans le contexte des trois maladies ;
- pérenniser les avancées et mobiliser les ressources, en renforçant la viabilité des programmes subventionnés et en récoltant des fonds supplémentaires auprès de sources actuelles et nouvelles.

¹ Ce cadre stratégique, ambitieux, vise à faire du Fonds mondial le moyen le plus efficace d'investir pour exercer une incidence sur les trois maladies. Cette stratégie engage l'organisation sur la voie d'un programme de transformations et met également en relief ses modalités de collaboration avec les pays et les partenaires dans le but de pérenniser et d'accélérer les acquis obtenus et d'apporter une contribution à des objectifs internationaux ambitieux.

Source : Fonds Mondial (2012), Guide de gouvernance, Handbook ;

<http://www.theglobalfund.org/fr/about/strategy/>

9.9.2. Comment sont évalués les résultats ?

Les données du Fonds mondial qui renseigneraient sur l'efficacité des programmes verticaux qui reçoivent un financement du Fonds ne concernent que l'effet direct (outcome) des programmes, soit ce qui relève de la gestion du processus (cf. la discussion sur les déterminants de l'efficacité, encadré 6), plutôt que le résultat final, soit l'impact des programmes sur la santé. Par ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, mesurer l'efficacité et notamment l'impact causal des programmes verticaux financés par le Fonds mondial est compliqué du fait des nombreux acteurs intervenant

dans la lutte contre les trois maladies ciblées par le Fonds mondial (PEPFAR, President's Malaria Initiative, Fondations privées, UNICEF)⁵¹.

L'étude que nous avons réalisée à Madagascar sur le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) met en évidence la multiplicité des financements, mais aussi des acteurs sur le terrain, ce qui complique l'évaluation des programmes. Par exemple, le PNLN définit, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, les plans stratégiques de lutte (appropriation, participation) et coordonne leur mise en œuvre. Mais de fait, le PNLN coordonne en partie seulement, du fait d'une architecture de financement complexe, les activités (stratégies) pour lesquelles il a reçu des financements des différents partenaires (essentiellement Fonds mondial et PMI), car certains acteurs disposent également de financements propres pour mener indépendamment, d'autres activités, sans toujours en informer le PNLN et lui transmettre des données de résultats (Andrianantoandro et Audibert, 2015). Cette attitude, qui engendre des doubles emplois et nuit à la rationalisation des activités, va à l'encontre d'une des résolutions de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (résolution 3-iv).

Les études qui ont tenté d'évaluer les résultats des programmes mis en place se basent la plupart du temps sur les données des rapports publiés par les organisations internationales (OMS, ONUSIDA, UNICEF, Fonds mondial), données issues des cas notifiés par les pays ou des estimations faites par ces organisations, à partir de modélisations, pour les pays dont la notification des cas et des décès est médiocre. Les études commanditées par le groupe de référence de l'évaluation technique du Fonds mondial (TERG) et réalisées par Macro International, (2009a et b) s'appuient également sur des données d'enquêtes nationales (DHS)⁵².

⁵¹ C'est ce qui peut expliquer que les rapports du Fonds mondial aient du mal à avancer des données sur l'impact des activités financées et évoquent alors l'éventualité de cet impact : « Un faisceau grandissant de preuves démontre que les financements accordés par le Fonds mondial – et par ses partenaires – ont permis de réduire le taux de mortalité due au sida dans les pays où la distribution d'antirétroviraux a été rapidement élargie », ... « Dans bon nombre de pays où le Fonds mondial finance des programmes, on observe un déclin de la prévalence de la tuberculose et du taux de la mortalité due à cette maladie. » et « ... de plus en plus de pays signalant une réduction de plus de 50% du nombre de décès liés au paludisme » (Fonds mondial, 2010).

⁵² Pour estimer l'effet sur la réduction des infections, de la maladie et des décès, Macro International a recueilli des données complémentaires (issues des recensements au niveau des districts, des enquêtes ménages et enquêtes spécifiques ainsi que des suivis de patients), dans 18 pays sélectionnés (Macro Inter, 2009b). Cette étude soulignait également l'incomplétude des données et proposaient des pistes pour améliorer la disponibilité des données en vue d'un meilleur suivi-évaluation des actions menées.

Encadré 6. Résultats du Fonds mondial 2002-2009

VIH

2,5 millions de personnes sous ARV

1,8 milliard de préservatifs H & F distribués

790.000 femmes enceintes VIH+ ont reçu un traitement préventif de la TME

4,5 millions de prestations de soins de base délivrés aux orphelins et enfants fragilisés du sida

105 millions de consultations et conseils de dépistage

Tuberculose

6 millions de personnes sous traitement

1,8 million de services liés à la prise en charge des co-infections tuberculose/VIH

Paludisme

104 millions de MII distribués

Interventions communautaires

138 millions de services de prévention de proximité dans les communautés (trois maladies)

11,3 millions de sessions de formation (des professionnels de santé).

Source : Le Fonds mondial 2010, Innovation et impact

Outre le fait que, comme nous l'avons souligné plus haut, les conditions (étude cas-témoin, notamment) d'une bonne analyse d'impact ne sont pas réunies pour estimer correctement l'impact réel des programmes verticaux, financés par le Fonds mondial et les différents partenaires, les données disponibles et publiées sont disparates, peu harmonisées entre les sources d'information, insuffisantes et plus orientées sur des données de processus et de résultats d'activités que de résultats de santé, comme le montre le tableau 1 (parties 1 et 2).

Malgré ces difficultés, ces rapports et études, analysant les données disponibles, considèrent que globalement la situation des trois maladies cibles a évolué positivement entre 2001 et 2013, notamment les indicateurs intermédiaires tels que par exemple le nombre de personnes actuellement sous traitement ARV (99% de la cible atteinte), les conseils et les tests de dépistage pour le VIH (plus de 100% de la cible atteinte), la couverture et le traitement DOTs (100% de la cible fixée), le traitement contre la tuberculose multi-résistante (84% de la cible atteinte), la distribution des MII (83% de la cible atteinte ; Fonds mondial, 2010). Par rapport à ces indicateurs, les résultats

pour le paludisme sont moins bons en ce qui concerne le traitement antipaludéen (61% de la cible atteinte) et l'utilisation des MII (38% de la cible en 2012).

Certaines de ces données ont été rassemblées dans le tableau 1 (partie 1 et partie 2) et sont commentées par maladie cible.

VIH/sida

Si le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde a augmenté entre 2001 et 2013, passant de 29,8 millions à 35 millions, le nombre total de nouvelles infections a diminué de 38% (de 58% pour les enfants). Par ailleurs, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous antirétroviraux est passé de 1 million en 2001 à 12,9 millions en 2013 (15 millions en 2015, UNAIDS, 2015) et l'espérance de vie des PVVIH est passé de 36 ans en 2001 à plus de 55 ans en 2013. Parallèlement, les ressources ont été multipliées par cinq, passant de 3,8 milliards USD en 2001 à 19,1 milliards USD en 2013 (cf. tableau 1).

Cependant, le nombre de décès n'a diminué que de 25%, comparé à la baisse plus importante des décès pour les deux autres maladies (> 40%). L'évaluation réalisée par Macro International (2009b) montrait en revanche de grandes disparités entre les pays dans l'atteinte des cibles. Ainsi par exemple, la proportion de femmes enceintes ayant fait un test et reçu des conseils, variait entre 5% (Burundi), 25% (Malawi) et 87% (Zambie) ou 90% (Rwanda) ; la proportion de femmes enceintes VIH+ ayant reçu une prophylaxie variait entre 14% (Burundi), 32% (Lesotho), 47% (Zambie) et 60% (Rwanda).

Par ailleurs, une des inquiétudes concernant cette affection, est que les études relatives au comportement des individus face au risque de transmission ainsi qu'à la compréhension des messages de prévention montrent que, malgré les « 33,5 millions en 2007 et 105 millions en 2009, de sessions de conseil fournies dans différents lieux (centres prénataux, centres mobiles, centres de santé reproductive, dispensaires spécialisés dans le traitement des infections sexuellement transmissibles, etc., cf. Fonds mondial, 2010), le comportement des personnes interrogées ne change guère (faible utilisation de préservatifs lors de rapports extra-conjugaux, notamment chez les personnes à risque, Kiderlen *et al.*, 2015 Ugarte *et al.*, 2013), de même que le niveau de connaissance qui reste médiocre ou inapproprié (Teran *et al.*, 2015).

Paludisme

Parmi les pays du monde endémiques en 2001, en dehors de la région Afrique, entre 66% et la totalité d'entre eux étaient en 2013 (OMS, 2013) sur la voie d'atteindre les objectifs du millénaire, avec une diminution de l'incidence sur la période 2001 - 2013, de plus de 60% (tableau 1). Dans la région Afrique, à l'inverse, ce n'est qu'une minorité de pays qui l'atteindront. Ceci peut s'expliquer par les faibles taux de couverture en MII et d'utilisation des MII (tableau 1, partie 2). Mais, par ailleurs, la mortalité due au paludisme tout âge confondu a reculé de 42% et celle des enfants de 48% sur cette période, dans cette région (tableau 1, partie 1, paludisme). Ce résultat s'explique par une forte amélioration du pourcentage de cas suspects soumis au TDR (44% en 2010, 64% en 2012). Des progrès restent à faire en ce qui concerne le traitement préventif intermittent (TPI) pour les femmes enceintes : seules 23% des femmes enceintes en ASS reçoivent les trois doses recommandées.

Tuberculose

Deux zones de l'OMS (Amériques et Pacifique occidental) ont atteint les trois cibles de réduction de la charge de tuberculose (incidence, prévalence, mortalité) fixées pour 2015. La zone de l'Asie du Sud-Est est en bonne voie pour y parvenir. Si la prévalence et la mortalité reculent dans la région Afrique, les cibles ne sont pas atteintes. Par ailleurs, 80% des cas de co-infection TB-VIH+ dans le monde sont en Afrique (OMS, *Tuberculosis Report 2014*).

Les estimations de l'OMS indiquent qu'en 2013, neuf millions de personnes auraient contracté la tuberculose, tandis que six millions de cas seulement ont été notifiés, ce qui indiquerait que trois millions de personnes, soit n'ont pas été diagnostiquées et ne seront donc pas traitées, soit n'ont pas été notifiées au programme de lutte contre la tuberculose. Cet écart relève des problèmes d'efficacité du dépistage et/ou de notification et se répercute sur les multi-résistances également. En 2013, moins de la moitié (45%) des cas de tuberculose MR ont été diagnostiqués. Cependant, cette proportion était bien inférieure en 2009 (16%) et l'augmentation de la détection de la tuberculose MR est due au recours aux nouveaux TDR.

En 2013, 136.000 cas de tuberculose MR ont été diagnostiqués et notifiés sur les 300.000 qui, selon les estimations, auraient pu être détectés. La proportion était donc de presque un sur deux (45%), soit une hausse par rapport à 2009 (où ce rapport était d'un sur six). Le recours à de nouveaux tests de diagnostic rapide a facilité les progrès dans la détection de la tuberculose MR.

Tableau 1 : Etat des lieux de la lutte contre les maladies cibles (OMD6)

1. Données ONUSIDA, OMS

VIH/sida	Année	2001	2007	2013
Personnes vivant avec le VIH (millions)		29,8	32,7	35
dont en ASS (millions)				24,7
Nouvelles infections à VIH (millions)		3,4	3,7	2,1
dont en ASS (millions)				1,5
Nouvelles infections à VIH adultes (millions)		2,9	2,2	1,9
Nouvelles infections à VIH enfants		580 000	490.000	240.000
dont en ASS (millions)				210.000
Décès liés au sida (millions)		2,0	2,2	1,5
dont en ASS (millions)				1,1
Personnes ayant accès au traitement (millions)		1	5,2	12,9
Taux de couverture			47% (en 2008)	
Espérance de vie des personnes vivant avec le VIH		+36 ans		+55 ans
Ressources (milliards USD)		3,8	10,5	19,1

Source : ONUSIDA, Epidémie mondiale de Sida, fiche 2015 ; UNAIDS, 2015 ; Fonds mondial (2010)

PALUDISME	Année	2003 /05	2011	2012	2013
<i>Afrique subsaharienne (ASS)</i>					
% de ménages possédant au moins une MII		3%		58%	56%
% personnes dormant sous MII (protégées)				38%	36%
% personnes protégées par les PII		5%	11%	8%	
% femmes enceintes sous TPI (1, 2, 3 doses)				64% (1), 38% (2), 23% (3d)	
% nourrissons sous TPI (avec vaccination)				Seul le BF a adopté stratégie	
% cas suspects soumis à TDR			37% (2010)	61%	
<i>Dans le monde</i>					
% cas suspects soumis à TDR			44% (2010)	64%	
Nombre de cas				207 millions [137 – 287]	
Nombre de décès				627.000 [473.000–789.000]	
Nombre de décès évités entre 2001 et 2012				3,3 millions	
Baisse du taux de mortalité dû au paludisme (entre 2000 et 2012, en %)					
ensemble				42%	
enfants moins de cinq ans dû au paludisme				48%	
Nombre de pays dont l'incidence du paludisme a baissé		Afrique (43)	Amériques (21)	Asie Sud-Est (10)	Pacifique Ouest (10)
de plus de 60% entre 2001 et 2012		8	13	8	8
entre 40% et 60% entre 2001 et 2012		2	3	2	1

Source: WHO, World Malaria Report 2013.

Année	2008	2013
TUBERCULOSE		
<i>Dans le monde</i>		
Nombre de nouveaux cas de TB (microscopie > 0)	6 millions ^u (61% de couverture)	9 millions*
dont notifiés		6 millions
dont en Asie du Sud-Est et du Pacifique		5,040 millions
dont en ASS		2,250 millions
dont VIH+		1,1 million (12%)
Nombre de décès		1,5 million
dont VIH positif		360.000 (24%)
Nombre de vies sauvées entre 2001 et 2012 du fait du diagnostic et traitement		37 millions
Nombre de nouveaux cas TB résistante en %		3,5%
Baisse annuelle de l'incidence entre 2000 et 2013		1,5%
Baisse de la mortalité due à la TB entre 1990 et 2013		45%
Baisse de la morbidité due à la TB entre 1990 et 2013		41%

Source : ^uFonds mondial (2010). WHO, Global Tuberculosis Report, 2014, Data from 202 pays et territoires. * Estimations.

2. Données Fonds Mondial : Résultats obtenus par les programmes verticaux à travers le financement Fonds mondial

Année Rubrique	2008	2011	2012	2013
VIH/sida				
Nombre de personnes sous traitement antirétroviral	42% couverture	3,3 millions	4,2 millions	6 millions
Tuberculose				
Nombre de personnes traitées contre la tuberculose		8,6 millions	9,7 millions	11,2 millions
Paludisme				
<i>En Afrique subsaharienne</i>				
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées (MII)*	35% couverture	230 millions	310 millions	360 millions
Taux d'utilisation des MII (des moins de 5 ans)	28%			
Financement*				
Montant des contributions des donateurs		3 milliards USD	3,2 milliards USD	
Décaissements du Fonds total	232 millions USD			
Dont				
VIH/sida				6,9 milliards USD
Paludisme				3,8 milliards USD
Tuberculose				1,9 milliard USD

Source : *Fonds Mondial, Handbook, Guide de gouvernance, mai 2014, Fonds mondial, 2010 ; [£]WHO, WMR, 2013. MII : moustiquaires imprégnées d'insecticide.

9.9.3. *Que disent les acteurs sur le terrain ?*

Des reproches plus importants ou différents sont faits aux programmes verticaux, notamment par des acteurs de terrain qui ont participé à la lutte contre les maladies cibles du Fonds mondial. Ainsi, D. Kerouedan, dans deux articles (2007, 2010) tente de faire le point sur les avancées des programmes de lutte pour tirer des leçons en vue d'aller de l'avant et d'aider à l'amélioration de l'efficacité des actions menées. Présentant les résultats des études de l'évaluation de la performance du Fonds mondial, réalisées par Macro International sur la période 2006-2009 et, notamment, l'évaluation d'impact menée en 2009 dans 18 pays (Kerouedan, 2010), il en ressort que, d'après les auteurs du rapport, l'argent du FM, mais aussi du PEPFAR et de la PMI, a permis d'étendre la couverture des interventions de prévention et la prise en charge des cas avec certains effets sur la mortalité liée au paludisme et au sida. Ils ajoutent cependant que l'impact sur l'incidence du VIH/sida n'est pas évident. Le rapport, poursuit D. Kerouedan, souligne l'échec des stratégies de prévention et de changement de comportement, en faveur desquelles davantage d'argent n'a pas permis, dans la plupart des pays observés, d'obtenir une réduction de l'incidence du VIH/sida. L'évaluation conclut que les raisons pour lesquelles les programmes dans les pays ne réussissent pas à modifier les comportements ne sont pas comprises et les auteurs recommandent que l'objectif, pour l'avenir, soit de comprendre ces raisons (se reporter également aux études menées sur les connaissances et pratiques citées plus haut).

9.9.4. *Comment fonctionnent les programmes verticaux soutenus par ces financements ?*

- *Programme de lutte contre le VIH/sida (PNLS)*

Dans l'article écrit en 2007, D. Kerouedan⁵³ évoquait l'échec des stratégies de prévention et de changement de comportement en matière de sida. Elle tentait de montrer pourquoi les stratégies de prévention n'ont pas donné de résultats en Afrique. Selon elle, l'échec de ces stratégies, définies par les occidentaux, est dû, en grande partie, à leur méconnaissance du terrain. Cette méconnaissance concerne les déterminants de la transmission et les croyances des individus sur la connaissance de la maladie, méconnaissance, notamment au début de l'épidémie, du comportement des migrants et des routiers en matière de sexualité lorsqu'ils sont loin de chez eux : « Sur un continent où la prévalence du VIH/sida chez les femmes est plus importante que celle des hommes, la méconnaissance du fonctionnement de la société, notamment des relations entre les hommes et les femmes et du rôle de chacun dans la société,

⁵³ Dominique Kerouedan a travaillé plusieurs années en appui au programme sida en Côte d'Ivoire.

contribuera au retard pris dans la prise en charge des femmes. Cette méconnaissance explique en grande partie pourquoi 20 ans après le premier cas de VIH/sida en Afrique, on ne sait pas pourquoi les stratégies d'IEC ont si peu d'impact ». Nous citerons l'exemple du principe de lévirat qui est encore en cours en Afrique en zone rurale⁵⁴. Dans un certain nombre de sociétés africaines patriarcales, la coutume veut qu'au décès d'un homme, le frère cadet doit épouser, si celle-ci y consent, l'épouse de son frère décédé.⁵⁵ Si celle-ci refuse, elle est libre de s'en aller et d'épouser éventuellement un autre homme, notamment si elle est jeune. Si le mari de cette femme est décédé du sida et que celle-ci l'ignorait, le personnel de santé pendant longtemps ne proposait pas à l'épouse de faire un test car si ce test s'avérait positif, elle serait bannie de la famille du mari et sûrement rejetée par sa propre famille (discussion de M. Audibert avec des médecins maliens).

Par ailleurs, s'appuyant sur son expérience en Côte d'Ivoire, D. Kerouedan montre que, très tôt, la Côte d'Ivoire va prendre des décisions stratégiques qui conduiront à intégrer la lutte contre cette maladie. « Les responsables ivoiriens vont ainsi prendre les devants des critiques émises (i) sur les faiblesses des programmes verticaux (faible adaptation pour des maladies à causes multiples, faible décentralisation) et (ii) sur la méconnaissance du terrain. Dès 1995, les MST sont inclus dans le sida, les centres de référence du VIH/sida sont décentralisés, le programme travaille en étroite collaboration avec des sociologues universitaires et associe les PVVIH à la prévention, la sensibilisation et l'éducation ».

En 2011, d'après le rapport UNGASS (2014), « la lutte contre le VIH/sida était décentralisée et multisectorielle (tous les secteurs d'activité sont incités à s'impliquer) ; la progression du VIH est stoppée et son évolution inversée ». Cependant, le rapport souligne aussi la persistance des comportements à risque et les connaissances encore limitées des femmes comme des hommes sur le VIH/sida (14% des femmes et 25% des hommes seulement ont une connaissance approfondie du sida, dans le sens où elles savent que le virus du sida ne peut pas être transmis par un moustique ou par des moyens surnaturels et qu'une personne ne peut pas être infectée par le virus en partageant son repas avec une PVVIH).

⁵⁴ <http://fratmat.info/focus/enquete/item/395-le-1%C3%A9virat-la-pratique-toujours-en-cours-en-milieu-rural>

⁵⁵ Cette coutume (le lévirat) évite aux femmes encore jeunes d'être séparées de leurs enfants en bas âge, les enfants ne pouvant être élevés par la famille maternelle doivent rester dans la famille paternelle.

- *Programme de lutte contre le paludisme (PNLP)*

D'après l'étude de Macro International, globalement, les résultats dans la lutte contre le paludisme ont été bien plus probants que pour la lutte contre le VIH/sida (Macro International, 2009b, Kerouedan 2010), alors même qu'on peut penser que les résultats auraient pu être meilleurs. Cependant, l'étude de Macro International considère qu'il y a eu des progrès en termes de couverture des interventions (moustiquaires, imprégnations intra-domiciliaires d'insecticides), mais moins en termes de disponibilité et de distribution des CTA. Mais, surtout, on observe un recul de la morbidité et de la mortalité (tableau 1), notamment dans les pays d'Afrique de l'Est (Macro International, 2009b).

Comparé au programme de lutte contre le sida, on a assisté à une intégration progressive des activités des PNLN dans les systèmes de santé. Il en est ainsi de la prise en charge des cas (PEC) qui se fait au sein des centres de santé ou des hôpitaux, du traitement préventif intermittent et de la distribution des moustiquaires imprégnées pour les groupes cibles (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans) qui sont administrés et se distribuent lors des consultations prénatales et/ou de la vaccination des nourrissons, des séances d'éducation sanitaire qui se réalisent aussi dans les centres de santé alors que d'autres se feront lors de campagnes spécifiques.

Cependant, il nous semble que les résultats tant pour le paludisme que pour le sida auraient pu être meilleurs. En effet, la lecture du tableau 1 montre, malgré tout, que si la couverture en moustiquaires imprégnées a augmenté, elle reste modeste : moins de 60% des ménages possèdent une moustiquaire, plus de 20 ans après la recommandation par l'OMS de cette stratégie et surtout la proportion de ménages qui l'utilisent est très faible. De même, pour le sida, malgré des campagnes de sensibilisation, d'éducation, visant des groupes spécifiques et des groupes à risque, l'impact de la sensibilisation sur le comportement des individus est marginal.

Trois raisons pourraient être avancées pour expliquer ces résultats insuffisants et qui concernent le changement de comportement des individus. La première est liée à la corruption qui, en détournant les ressources, contribue dans un premier temps à la suppression ou à la baisse de certaines activités et dans un second temps, à l'arrêt pur et simple du financement (voir encadré 4). Une deuxième raison est liée à l'afflux massif de financements qui restent encore instables dans leurs volumes et dans leurs affectations (voir supra le paragraphe consacré à Alliance GAVI où les financements peuvent être substituables et non complémentaires), contribuant au ralentissement d'activités au profit d'autres. Une troisième raison est liée à la non prise en considération des spécificités des sociétés concernées. Les travaux menés sur les connaissances, aptitudes et pratiques en matière de sida montrent en effet que les

programmes ne parviennent pas à améliorer ces connaissances ou du moins à faire changer les pratiques. La cause ne vient pas tant, à notre sens, du type de programme mis en place (vertical – horizontal, que l’approche soit communautaire ou de marketing social), que de la capacité à prendre en considération les modes de pensée et les pratiques sociales et culturelles des individus et sociétés auxquels s’adressent les stratégies de lutte. Depuis des décennies, les anthropologues décrivent et expliquent pourquoi certaines stratégies de lutte ont échoué en Afrique. Ainsi Dun *et al.* (2011), travaillant sur les stratégies de lutte contre le paludisme en Tanzanie, expliquent pourquoi les enfants, en zone rurale, ne dorment pas sous moustiquaire imprégnée (MII), même si le ménage dans lequel ils vivent en possède. S’intéressant à deux aspects (économique et social) de la vie quotidienne des ménages, ils révèlent que l’exploitation de parcelles trop éloignées du village conduit les agriculteurs et leurs familles à résider ou à dormir souvent sur place (dans des hameaux de culture). Cette situation ne leur permet pas une utilisation systématique, ni même régulière des MII, notamment lors de la saison de transmission, les moustiquaires restant à leur domicile. Le même phénomène a été observé en Côte d’Ivoire dans les régions où les hameaux de culture étaient la règle (Henry, communication personnelle). Une autre cause de non utilisation des MII survient lors d’événements sociaux comme les funérailles au cours desquelles il est interdit de dormir sous moustiquaire. D’autres études anthropologiques (Abdoulaye Alfa *et al.*, 2015 ; Egrot, 2015), menées au Bénin sur les causes de la non-utilisation des moustiquaires, révèlent que les personnes interrogées considèrent que les moustiquaires ne sont pas efficaces et qu’elles ne protègent pas contre le paludisme. La raison en est que la maladie désignée par l’entité nosologique locale qui a été traduite par paludisme par le personnel soignant et/ou chargé de la sensibilisation, ne correspond pas au paludisme, « entité nosologique médicale », *ie.*, maladie transmise par le moustique. Aussi, tout comme l’observaient Dun *et al.*, dans leur étude sur la Tanzanie, si le moustique a bien été intégré, du fait des campagnes de sensibilisation, comme une cause de leur maladie, il en est une parmi d’autres (Egrot, 2015). Dans cette optique, il y a plusieurs moyens pour se protéger de cette maladie, ce qui explique pourquoi l’utilisation des MII est faible et pourquoi leur usage est souvent détourné au profit d’un autre objet (Abdoulaye Alfa *et al.*, 2015).

- *Programme de lutte contre la tuberculose (PNLT)*

L’étude d’impact de la performance du Fonds mondial menée par Macro International (2009a et b) conclut que l’impact des partenariats internationaux n’est pas montré (aucun changement notable n’est observé) pour la tuberculose, notamment parce qu’il s’avère que les programmes de lutte contre la tuberculose y étaient déjà performants.

La lutte contre la tuberculose est un exemple intéressant d’évolution de l’administration de l’offre de soins, alternant approche horizontale et approche verticale

et d'interaction entre les programmes de lutte et les systèmes de santé, notamment dans les pays d'Afrique sub-saharienne. De fait, avant que la communauté internationale ne s'intéresse à cette maladie avec la création du Fonds mondial, elle aurait pu être ce qu'on dénomme actuellement une maladie négligée dont le diagnostic et la prise en charge se faisaient au niveau des systèmes de santé sans une attention particulière. Dans leur article sur trente ans de lutte antituberculeuse au Cameroun, Keugoung, Buvet *et al.* (2013) identifient trois périodes de la lutte contre cette affection durant lesquelles alternent centralisation, décentralisation et recentralisation. Une période d'une quinzaine d'années (1980-1994), correspondant à la politique de soins de santé primaires au cours de laquelle les soins étaient gratuits et centralisés au niveau du bureau lèpre/tuberculose d'une cinquantaine de services départementaux de la médecine préventive et rurale, qui disposait alors d'une équipe mobile. La détection de nouveaux cas a été progressive, mais modeste. Une période sensiblement plus courte (1995-2000) correspond à la politique de recouvrement des coûts et la définition du paquet minimum d'activités des établissements de santé de premier niveau (formations sanitaires) qui incluaient la prise en charge des maladies chroniques, dont la tuberculose. Les services spécialisés et les équipes mobiles sont abandonnés. En même temps, le PNLT était créé et démarrait ses activités dans une région avant de couvrir progressivement l'ensemble du territoire. Dans les régions couvertes par le PNLT, des centres de dépistage et de traitement (CDT) dotés d'un personnel spécialisé et formé, étaient progressivement créés, essentiellement dans les hôpitaux et appliquaient la nouvelle stratégie, à savoir celle du traitement direct observé. Dans les autres régions, le dépistage se faisait comme précédemment par le personnel polyvalent des FS. Outre la différence de prise en charge thérapeutique, le coût du traitement à la charge des patients était très inégal et plus important dans les régions hors PNLT. La troisième période (2001-2009) correspond à la création du Fonds mondial et à l'arrivée massive de financements, permettant notamment un meilleur et plus large approvisionnement en médicaments et la création progressive de nouveaux CDT. Durant cette période, les auteurs, utilisant les rapports du PNLT, ceux d'experts externes et les rapports annuels de l'OMS, montrent que dès 2011, on assiste à une augmentation significative de la notification des cas, mais qui diminue à partir de 2006.

Après une étude poussée de l'évolution des taux de détection, de taux de guérison, de l'incidence sur les trois périodes, les auteurs (Keugoung, Buvet *et al.*, 2013) concluent que les modalités d'interaction entre le programme de lutte et le système de santé influencent sa performance et qu'il est nécessaire de suivre et évaluer régulièrement cette interaction. Ils montrent également que si la recentralisation de la lutte avec les CDT (qui a conduit à décharger les FS du dépistage, suivi et traitement des cas) a permis aux responsables du PNLT un meilleur suivi des activités sur le terrain, elle reste cependant une cause de barrière géographique et d'inégalité à l'accès, notamment dans les régions où le nombre d'habitants par CDT est élevé. On voit également et

c'est ce que soulignent les auteurs, que les résultats positifs obtenus durant la troisième période sont dus à l'arrivée massive de financements qui a permis d'augmenter le nombre de CDT et de proposer des tests de diagnostic performants et des traitements gratuits. Pour les auteurs, il est nécessaire d'impliquer plus la communauté dans la lutte contre la tuberculose et de trouver un équilibre entre centralisation et décentralisation.

Une étude menée au Cameroun (Loubière *et al.*, 2009) sur le VIH/sida montre que le programme national visant l'accès universel au traitement, en s'appuyant sur les structures décentralisées du système de santé et en offrant un accès au traitement au niveau du district, a permis d'augmenter considérablement la couverture de l'accès au traitement pour les PVVIH. Cette étude montrait cependant que la couverture n'était pas totale et que des barrières à l'accès persistaient. Les raisons évoquées sont liées à l'offre (inégalité géographique de l'offre de soins) et à la demande (inégalités socio-économiques qui conduisent à des comportements différents devant le recours, culturelles mais aussi financières, dues à des dépenses restantes, malgré la gratuité du traitement).

9.2. GAVI Alliance

GAVI Alliance subira des critiques un peu semblables à celles reçues sur le Fonds mondial. Elle réagit alors à la critique de distorsion des besoins en créant en 2009 un programme de renforcement des capacités des systèmes de santé (Sridhar, 2009). Tout comme le Fonds mondial, GAVI Alliance publie des indicateurs (dont une partie est synthétisée et reprise dans le tableau 2, à partir des fiches publiées par GAVI), qui lui permettent de suivre les progrès en matière de mise en place des actions sur les effets directs des financements (couverture vaccinale, nombre d'enfants vaccinés) mais aussi sur l'impact de ses financements sur l'état de santé avec des données de mortalité.

La lecture de ce tableau montre une nette amélioration de certains indicateurs tels le nombre d'enfants vaccinés, qui passe de moins de 1 million avant 2010 à 148 millions en 2013 où le taux de couverture vaccinale Pentavalent passe de 39% (2010) à 53% en 2013⁵⁶. Ce tableau montre cependant aussi que la progression de la couverture reste

⁵⁶ Les objectifs de couverture vaccinale pour les premiers vaccins (BCG, DTCoq, vaccin oral contre la poliomyélite, vaccin contre la rougeole) du programme élargi de vaccination (PEV), lancé en 1974 par l'OMS, ont été atteints. Les taux de couverture inférieurs à 5% dans les années 1970 sont supérieurs à 79% dans tous les pays, sauf exception, depuis les années 2005.

(http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html). En 1999, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) a été créée pour étendre la couverture aux plus pauvres. De nouveaux vaccins ont été ajoutés à la liste du PEV (contre l'hépatite B, la fièvre jaune dans les zones d'endémie, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) pour les pays à forte prévalence).

faible pour ces nouveaux vaccins et bien éloignée de la cible pour 2015 (53% au lieu de 77% pour pentavalent, 19% au lieu de 40% pour pneumocoque, 7% au lieu de 31% pour rotavirus).

Tableau 2 : Mortalité des enfants et vaccination (OMD4)

Indicateurs	Chiffres actuels	2010	2011	2012	2013	Cible 2015
Taux mortalité enfants moins de cinq ans (pour 1000) ^µ		77	74	71	69	67
Nombre de décès cumulés évités (en millions) [£]		0	0,6	1,3	2,2	3,9
Nombre d'enfants vaccinés [§] (millions)		0	45	95	148	243
Taux de couverture vaccinale Pentavalent 3 doses dans les pays éligibles au soutien de GAVI (%) [§]		39	41	43	53	77
Taux de couverture vaccinale pneumocoque dans les pays éligibles au soutien de GAVI (%) [§]		1	5	10	19	40
Taux de couverture vaccinale Rotavirus dernière dose dans les pays éligibles au soutien de GAVI (%) [§]		1	1	3	7	31
Renforcement du système de santé						
Taux d'abandon DTC1 - DTC3 (%)		11	11	11	11	9
Taux de couverture DTC3 (%)		76	74	74	76	82

Source : GAVI Alliance <http://www.gavi.org/resultats/indicateurs/indicateurs-relatifs-a-la-mission/>

^µ Estimations de mortalité du Groupe inter-institutions. Cet indicateur est pondéré en utilisant les estimations de population extraites de la base de données du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations unies dans les 73 pays éligibles au soutien de Gavi.

[£] Gavi and Bill & Melinda Gates Foundation Joint Impact Modelling.

[§] Nombre total d'enfants ayant reçu la dernière dose recommandée d'un vaccin financé grâce au soutien de Gavi, corrigé selon le pays afin d'éviter une double prise en compte des enfants qui reçoivent des vaccins multiples. Estimations de couverture vaccinale établies par l'OMS et l'UNICEF, estimations de la taille de la population cible pour chaque pays établies par la Division de la Population des Nations unies.

Comme pour les actions du Fonds mondial, il est difficile à partir de ces données et sur la base des rapports publiés⁵⁷ d'estimer l'impact réel des programmes (la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans peut-elle être uniquement attribuée au PEV ?) qui ont pu être mis en place grâce à ses financements, du fait là encore de la

⁵⁷ Sans prendre part au débat, il est intéressant de se reporter à la réponse de Lim et al., 2009, publiée dans le Lancet, suite aux critiques émises par Burton et al., sur l'article de Lim et al. (2008) qui avançait que le soutien financier aux services de vaccination, notamment de Alliance GAVI et de l'initiative vaccination universelle des enfants, contribuait à surestimer les taux de couverture vaccinale dans les pays concernés.

multiplicité des acteurs sur le terrain et de l'absence d'une évaluation, même si l'on doit reconnaître que la création de ces partenariats a permis d'accroître considérablement les ressources disponibles.

On dispose cependant d'études sur les résultats des programmes de vaccination, notamment sur les affections pour lesquelles l'intérêt mondial est plus fort que ne l'étaient les maladies initiales du PEV. Ainsi, l'étude, menée par Cui *et al.* (2013) pour évaluer en 2010 l'effet du projet GAVI mené en Chine depuis 2002, montre que la disponibilité des vaccins contre l'hépatite B dans les établissements de santé étudiés (24 *county et 220 township hospitals*) a permis d'obtenir de très bons taux de couverture vaccinale des enfants contre le virus de l'hépatite B (VHB) dans les 24h suivant la naissance. Les données recueillies ont été introduites dans un modèle dont les résultats montrent une baisse significative de la transmission périnatale du VHB. L'étude de Le Gargasson *et al.* (2013) s'intéresse au rôle du soutien financier de GAVI dans la performance de la vaccination en République du Congo de 2002 à 2010. Alors que le financement global reçu pour l'achat de vaccins a cru de façon importante, passant de 5,4 millions USD en 2006 à 30,5 millions USD en 2010, le taux de couverture de DTP3, après une forte augmentation entre 2002 et 2007, a par la suite sans cesse diminué, passant de 72% (2007) à 63% en 2010. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que l'introduction des nouveaux vaccins (trévalent, pentavalent et fièvre jaune) a détourné les financements consacrés à la vaccination de routine pour les vaccins traditionnels.

9.3. Enseignements des évaluations du Fonds Mondial et de GAVI

Les programmes verticaux dans le domaine de la santé, bien que mis en place depuis plusieurs décennies, n'ont pas été évalués de manière rigoureuse. Les études qui ont tenté d'en mesurer l'efficacité se basent sur les données des rapports publiés par les organisations internationales (OMS, ONUSIDA, UNICEF) à partir des cas notifiés par les pays et des estimations, selon la qualité des envois, ou sur des enquêtes nationales (DHS). Par ailleurs, les programmes, dits verticaux, contre les maladies cibles ne sont pas tous verticaux dans leur intégralité, une partie des activités de ces programmes a été progressivement intégrée, ce qui complique l'évaluation ou la comparaison approche verticale vs approche horizontale.

Ainsi, il semble (voir supra), compte tenu des données disponibles et lorsqu'on regarde l'évolution de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme dans le monde, que les programmes de lutte contre le paludisme aient mieux fonctionné ou donné de meilleurs résultats que les programmes de lutte contre le sida. Or, une grande partie des activités de lutte contre le paludisme est désormais intégrée au système de santé (voir supra), ce qui n'est pas encore le cas pour les programmes de lutte contre le sida. Il a fallu

attendre des années avant de décentraliser et donc d'augmenter les centres de traitement aux niveaux provinciaux et départementaux, ce qui a contribué à réduire l'accès géographique au dépistage et au traitement.

Par ailleurs, les évaluations existantes sont également partielles. La revue de la littérature a montré par exemple qu'une des raisons d'un manque d'efficacité est que les messages de prévention ou les stratégies proposées ne tiennent pas compte des spécificités culturelles ou des contraintes potentielles des bénéficiaires des programmes. Les travaux, menés par les anthropologues, qui ont mis en avant ce genre d'obstacles, sont, la plupart du temps, menés en dehors des évaluations des programmes.

L'efficacité de la lutte contre les maladies dépend de l'engagement des gouvernements. L'exemple du Sénégal, mais aussi de la Chine (exemple de l'extension de la vaccination contre l'hépatite), montre que le volontarisme de l'Etat et la façon dont le gouvernement communique ses directives (stratégies, protocole, etc.) du niveau central aux niveaux périphériques, sont des éléments importants de l'efficacité des programmes mis en place. Il nous semble que cet engagement joue un rôle encore plus important pour les programmes verticaux qui, par l'afflux spécifique de financements, peuvent, sûrement plus rapidement que ne le feraient les approches intégrées, bousculer la gestion routinière des systèmes de santé, modifier les stratégies de lutte ou en ajouter de nouvelles, considérées comme plus efficaces.

Cinq recommandations principales découlent de ces constats concernant les programmes verticaux dans la santé :

- i. Evaluation.* Il faut évaluer régulièrement et de façon plus rigoureuse les programmes. Sachant que les requêtes de financement sont initiées pour des activités dont la programmation est prévue sur une période déterminée (entre quatre et cinq ans, ces périodes étant calquées sur la programmation des plans de développement sanitaire ou des plans nationaux de lutte contre ces maladies), le rythme de ces évaluations devrait suivre le rythme de ces programmations. Ces évaluations doivent par ailleurs mobiliser des évaluateurs de l'ensemble des disciplines que la lutte contre les maladies mobilise (médecins de santé publique, épidémiologistes, biologistes, pharmaciens, entomologistes, économistes, anthropologues) pour identifier, si besoin, les obstacles qui empêcheraient le programme de donner des résultats. Rappelons qu'un des objets de l'évaluation est également d'aider à recentrer ou réorienter le processus en place si nécessaire.

- ii. Intégration.* La littérature montre que l'intégration progressive des activités des programmes de lutte au sein des systèmes de santé est possible et peut donner de meilleurs résultats qu'une verticalisation stricte, même si d'importantes zones d'ombre subsistent. De même, les causes de certaines affections étant multiples ou du fait des comorbidités qui se développent, l'intégration des programmes de lutte contre le sida et la tuberculose doit être rapidement pensée pour se faire progressivement comme le préconisent un certain nombre d'acteurs. Mais cette intégration demande que des efforts bien plus importants que ceux qui sont actuellement menés soient faits pour le renforcement des systèmes de santé (voir le montant négligeable des ressources du Fonds mondial ou d'Alliance GAVI qui est consacré au renforcement des systèmes de santé comparativement aux ressources consacrées aux trois maladies cibles ou aux nouveaux vaccins). Sans ce renforcement, les partenaires auront tendance à maintenir leurs positions sur la verticalité des programmes.
- iii. Tenir compte des spécificités des sociétés.* La méconnaissance ou la non prise en considération des croyances, mais aussi de l'organisation et du fonctionnement des sociétés, conduit, comme on l'a vu, à des échecs ou à une efficacité plus faible des programmes qu'elle ne devrait être. Les anthropologues devraient être plus et mieux associés à la mise en place des stratégies de lutte afin qu'ils ne se contentent plus de seulement observer, mais d'agir en aidant à trouver la façon de faire passer les messages et/ou d'adapter les stratégies recommandées pour améliorer l'adhérence des individus concernés.
- iv. Engagement.* La littérature montre également que l'engagement conjoint des gouvernements et des partenaires extérieurs est un élément primordial de réussite : à financement égal, les résultats seront bien meilleurs avec un engagement politique fort. Cet engagement peut se traduire par une meilleure coopération et harmonisation des interventions, par l'énoncé de directives claires sur les stratégies adoptées par les pays de telle façon qu'il n'y ait pas d'ambiguïté et par une intégration non factice dans les stratégies des pays bénéficiaires.
- v. De nouveaux progrès dans le sens de ces orientations* seront favorisés, d'une part, par ce qu'il est convenu d'appeler la « diagonalisation » des programmes qui se développe et, d'autre part, parce qu'il existe aujourd'hui, un *corpus* important d'expériences et d'analyses qui permet de définir des programmes verticaux dont le financement, les objectifs et les *modi operandi* peuvent apporter une contribution majeure au renforcement des systèmes de

santé et que les parties prenantes se doivent systématiquement d'approfondir car il existe une importante marge de progrès en la matière.

X. Conclusion

Il se dégage de cette revue de la littérature cinq points qu'il nous paraît en conclusion utiles de mettre en exergue.

- i. Depuis moins de deux décennies, les fonds fiduciaires et les programmes verticaux⁵⁸ se sont considérablement développés, selon de multiples schémas, certains étant issus de montages très complexes. La conférence d'Addis-Abeba a débouché sur peu d'éléments laissant augurer d'une inversion de tendance. Mais, parallèlement à cette forte croissance, les principaux acteurs (bailleurs bilatéraux et multilatéraux, pays bénéficiaires) ont progressivement pris conscience de ce que les avantages de ces dispositifs ont en miroir des inconvénients potentiels non négligeables pour chaque partie prenante.
- ii. La revue de la littérature ne permet pas, dans une perspective opérationnelle, de prendre une position claire et argumentée en faveur ou en défaveur des fonds fiduciaires et des programmes verticaux - ce n'est d'ailleurs pas en ces termes que la question se pose - et ce pour deux raisons majeures :
 - les données et informations dont on dispose ne sont pas suffisamment robustes et nombreuses ; il y a un déficit d'évaluations rigoureuses qui fait que subsistent d'importantes zones d'ombre pour pratiquement toutes les questions auxquelles on aimerait avoir des réponses ;
 - la spécificité des contextes des pays bénéficiaires, ainsi que celle de la nature et des objectifs des fonds fiduciaires et des programmes verticaux, sont des dimensions fondamentales à prendre en considération. Dans tous les domaines d'investigation, on s'aperçoit que les résultats sont nuancés, bien que les grands fonds fiduciaires et les programmes verticaux aient permis dans l'ensemble des avancées notables, parfois spectaculaires, dans leurs domaines spécifiques.

⁵⁸ Il convient de ne pas assimiler les deux, mais comme nous l'avons vu, les uns et les autres ont en commun de nombreux éléments de problématique.

- iii. Les programmes verticaux le sont de moins en moins. Depuis une dizaine d'années, on assiste à une réelle volonté d'en corriger les principaux effets négatifs - ce que se propose de traduire le néologisme de « diagonalisation » - sans pour autant sacrifier l'efficacité dont ils sont assez globalement crédités. Il est très clair dans le domaine de la santé que l'opposition conceptuelle qui a eu cours entre programmes verticaux et approches horizontales ou intégrées relève désormais d'un faux débat. D'une part, les programmes verticaux peuvent puissamment contribuer au renforcement des systèmes de santé, plus qu'ils ne le font aujourd'hui. D'autre part, un système de santé fonctionnel et fort, opérant dans le cadre plus large d'une bonne gouvernance, est nécessaire à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des programmes verticaux.
- iv. L'analyse de la problématique des fonds fiduciaires et des programmes verticaux ne doit plus se cantonner à leurs spécificités, mais elle doit nécessairement être intégrée dans l'analyse globale de l'efficacité de l'aide, tout particulièrement dans la lignée des orientations des conférences de Paris, Accra et Busan. Ils s'inscrivent tantôt en positif, tantôt en négatif dans ces orientations, alors qu'elles ont été renforcées, comme nous l'avons souligné, par la conférence d'Addis-Abeba et par la résolution 69/313 de l'Assemblée générale des Nations unies qui s'est tenue par la suite.
- v. Cette revue de la littérature, tout en mettant en évidence le déficit d'informations auquel on se heurte, montre que l'on dispose cependant d'un corpus d'éléments permettant aux bailleurs et aux pays bénéficiaires de construire, au cas par cas, leurs propres cadres d'analyse *ad hoc* pour déterminer leurs stratégies et identifier les points sur lesquels il convient d'être vigilant. Autrement dit, la littérature permet aujourd'hui d'identifier assez clairement quels seront, dans tel ou tel contexte, les avantages, les risques et les inconvénients potentiels qu'il y aura, selon *l'angle d'observation et la hiérarchie* des objectifs retenus par les parties prenantes, à opter pour telle ou telle formule. À titre d'illustration, nous citerons trois exemples sur des domaines très différents :

- Il y a un faisceau d'éléments concordants suggérant qu'il est utile de recourir à des fonds multi-donneurs et multi-pays pour mobiliser des ressources à destination de biens publics de club ou globaux qui, faute de cela, seraient sous-financés et donc davantage sous-produits qu'ils ne le sont actuellement. Par ailleurs, les fonds multi-donneurs et multi-pays ont l'avantage de permettre plus facilement la mobilisation de volumes

significatifs de financements privés et l'établissement de partenariats public-privé⁵⁹. Au-delà de cet effet volume, les fonds globaux ont montré leur efficacité pour la diffusion de connaissances et d'expertise au niveau mondial, pour les partages d'expériences et pour la mise en place à l'échelle d'un pays d'approches sectorielles efficaces (Schmidt-Traub et Sachs, 2015). Plus largement, ils présentent un intérêt incontestable si l'on veut promouvoir sur la scène internationale un large objectif partagé (relevant ou non d'une problématique de biens publics) et provoquer une mobilisation de masse ; et ce d'autant que les programmes financés par les bailleurs bilatéraux - à quelques exceptions près⁶⁰ - ne permettent pas d'atteindre une taille critique autorisant des interventions à une échelle nationale.

- Mais le risque d'une prolifération excessive des fonds et de fragmentation des dispositifs de mobilisation des ressources est avéré pour les biens publics comme pour certaines autres « grandes causes », telles le VIH, la mortalité maternelle et infantile. Il existe plusieurs dizaines de fonds pour le climat et l'environnement. Cette multiplicité risque de générer de l'inefficience sur une grande échelle et de s'avérer contre-productive. Il faut donc être prudent dans la création de nouvelles initiatives (bilatérales, multilatérales, privées) et envisager la fusion de certains dispositifs. Dans le domaine de la santé, la suggestion de Sidibé (2015) proposant un Global Compact for Health et la création d'un « Global Health Equity Fund », avec à moyen terme la fusion du Fonds mondial, de GAVI, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'UNITAID, serait un type de réponse à des situations de ce genre.⁶¹

- Lorsqu'on est en présence d'un Etat très fragile ou d'un État failli, avec un système budgétaire chaotique et une chaîne de la dépense nébuleuse, la littérature montre qu'il est raisonnable de considérer que des fonds fléchés hors budget, voire en certains cas finançant des programmes strictement verticaux, bénéficieront plus à la population qu'un soutien budgétaire direct, même si c'est ce vers quoi il faut tendre lorsque le contexte et les circonstances le permettent.

⁵⁹ Voir par exemple le Global Matching Fund de la Fondation Gates.

⁶⁰ PEPFAR, PMI et Fondation Gates notamment.

⁶¹ Le rapport Chatham House 2014 prend également position en faveur de la fusion de certains fonds (Recommandation 17). C'est aussi le point de vue de Schmidt-Traub et Sachs, 2015.

Cette étude invite donc, dans le cadre des débats actuels sur l'efficacité de l'aide et le financement des nouveaux Objectifs du Développement Durable (ODD), à considérer, loin de tout dogmatisme, les fonds fiduciaires et les programmes verticaux avec un *pragmatisme raisonné*.

* *

*

Bibliographie

Aantjes Chanda (2011), *Applying the Paris Declaration to Zambia's health sector*, Capacity Issue 42, June.

Acodess, PHI Consulting (juin 2013), *Evaluation des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, Rapport final, MAE - DGM.

Abdoulaye Alfa, D., F. Gbofan, R. Mongbo et M. Egrot, (2015). *Filets imprégnés d'insecticides utilisés dans l'activité de maraîchage au Bénin : une innovation de santé par dérivation et par procuration*, in C. Haxaire, C. Farnarier, B. Moutaud, Anthropologie de l'innovation en santé, Presses Universitaires de Rennes (à paraître).

Abt Associates Inc, *Evaluation of GAVI-Government of China Hepatitis B Vaccination Program*, December 2012, 96p.

Audibert M. (2009). *Evaluation de la lutte anti-vectorielle : approche économique*, Médecine Tropicale 69, 185-193.

AFD (2010), *Cartographie des engagements de l'AFD dans les fonds fiduciaires sur la période 2004-2010*, Division évaluation et capitalisation, Ex Post n° 35.

Alliance GAVI and Fonds Mondial, *Public Private Paternship: 21st Century Development Models*.

Andrianantoandro V.T, M. Audibert (2015), *Evaluation du coût de production des mesures de lutte nationale contre le paludisme à Madagascar*. Projet PALEVALUT, FEI, Initiative 5%, sida, tuberculose, paludisme, 40p.

Atun, R.A., S. Bennett and A. Duran, (2008), *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?* Policy Brief, Health Systems and Policy Analysis, World Health Organization Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.

Balya, A., M.E. Toledo, M. Boelaert, A. Reyes, V. Vanlerberghe, E. Ceballos, M. Carvajal, R. Maso, M. La Rosa, O. Denis et P. Van der Stuyft (2007), *Cost effectiveness of Aedes aegypti control programmes: participatory versus vertical*, Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 101, 578-586.

Barakat S. (2009), *The failed promise of multi-donor trust funds: Aid financing as an impediment to effective state-building in post-conflict contexts*. Policy Studies 30(2), 107-126.

Barry M. (2015), *Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ?* Revue Mondes en Développement 43, 5/2, 170, 75-90.

Biesma, R.G, R. Brugha, A. Harmer, A. Walsh, N. Spicer, G. Walt (2009), *The effects of global health initiatives on country health system: a review of the evidence from HIV/AIDS control*, Health Policy and Planning 24, 4, 239-252.

Boussichas M. and P. Guillaumont (2015), *Financing sustainable development – Addressing vulnerabilities*, FERDI - Economica

Brenzel L. (2015), *What have we learned on costs and financing of routine immunization from the comprehensive multi-year plans in GAVI eligible countries?* Vaccine. May 7;33 Suppl 1:A93-8. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.12.076.

Browne, S. and R. Cordon (2015), *Vertical funds: lessons for multilateralism and the UN*, Briefing 25, Future United Nations Development System.

Buse K. and S. Tanaka (2011), *Global Public-Private Health Partnerships: lessons learned from ten years of experience and evaluation*, International Dental Journal 61 (Suppl. 2): 2-10.

Buse, K. and A.Waxman, (2001), *Public-private partnerships: A strategy for WHO*, Bulletin of the WHO, 79: 748-754.

CPA LLP (2010), *Second evaluation, GAVI Alliance*, GAVI second evaluation report.

Cui, F., H. Luo, F. Wang, H. Zheng et al. (2013), *Evaluation of policies and practices to prevent mother to child transmission of hepatitis B virus in China: Results from China GAVI project final evaluation Fuqiang*, Vaccine 31S: 36-42.

Douste-Blazy P. et R. Filipp (2015), *Innovative financing for development*, in Boussichas et Guillaumont (2015).

Dreher, A., P. Nunnenkamp and R. Thiele (2011), *Are 'New' Donors Different? Comparing the Allocation of Bilateral Aid Between non-DAC and DAC Donor Countries*. World Development, vol. 39, Issue 11, 1950-1968

Dunn C.E., A. Le Mare and C. Makungu (2011), *Malaria risk behaviours, socio-cultural practices and rural livelihoods in southern Tanzania: Implications for bednet usage*, Social Science and Medicine 72, 408-417.

Eboko F., F. Hane, E. Demange and S.L. Faye (2015), *Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial*, Mondes en Développement, 43, 2, 170, 59-174.

Egrot Marc, C. Baxerres and R. Houngnihin (2015), *Quand les moustiquaires poussent l'anthropologie à repenser l'innovation et l'acceptabilité dans le champ de la santé*, in C. Haxaire, C. Farnarier, B. Moutaud, Anthropologie de l'innovation en santé, Presses Universitaires de Rennes (à paraître).

Eichenauer V., B. Reinsberg (2014), *Swiss Network for International Studies*, December 1, 2014.

Eichenauer V. and B. Reinsberg (2013), *Multi-bi financing: Making sense of the cacophony of terms*. Unpublished.

Eichenauer, K. (2014), *Trust funds disbursements to developing countries : who benefits and why ?*

Esser D. and K. Bench (2011), *Does global health funding respond to recipients' needs? Comparing public and private donors' allocations in 2005-2007*, World Development, 39(8), 1271-1289.

Easterly W. (2009), *Can the West Save Africa?* Journal of Economic Literature, 47(2): 373-447.

Fonds Mondial, Handbook (2014), *Guide de gouvernance*, mai 2014.

Fonds mondial (2010), *Le Fonds mondial 2010*, Innovation et impact.

Fonds mondial (2012), *Rapport d'enquête final sur les subventions paludisme, tuberculose et VIH/sida, à la Mauritanie*, Bureau de l'Inspecteur Général, Rapport d'enquête n° : GF-OIG-11-009.

Fonds mondial (2011), *Rapport d'enquête final sur les subventions paludisme, tuberculose et VIH/sida du Mali*, Bureau de l'Inspecteur Général, Rapport d'enquête n° : GF-OIG-11-002.

Fougère, D. (2010). *Les méthodes économétriques d'évaluation*. RFAS 1-2.

Farag M., A. Nandakumar, S. Wallack, G. Gaumer and D. Hodgkin (2009), *Does funding from donors displace government spending for health in developing countries?* Health Affairs, 28 (4) 1045-1055.

Frenk (2006), *Bridging the divide : Comprehensive reform to improve health in Mexico, Lecture for the WHO Commission on Social Determinants of Health*, Nairobi, June 29.

Garrett (2007), *The challenge of global health*, Foreign Affairs, 86 (1).

GAVI (2014), *Full Country Evaluation 2013 Annual Progress Report*, January 2014.

GAVI (2015), Goal Level Indicators, June.

Gertler P, S. Martinez, P. Premand, L. B. Rawlings, M. Christel and J. Vermeersch. (2011), *L'Évaluation d'impact en pratique*, Banque Mondiale.

Guillaumont P., M. Mc Gillivray and L. Wagner (2013), *Performance Assessment: How it Depends on Structural Economic Vulnerability and Human Capital - Implications for the Allocation of Aid*, Working Paper 71, FERDI.

Harper S. (2012), *The fungibility of aid earmarked for HIV/AIDS control programs*, World Development, vol. 40, n° 11, 2263-2274.

<http://www.gavi.org/Financement/Comment-Gavi-est-financee/Financements-innovants/>

<http://www.gavi.org/library/gavi-documents/evaluations/>.

IEG (2011), *Trust Fund Support For Development, An evaluation of the World's Bank Trust Fund Portfolio*. World Bank Independent Evaluation Group, Washington D.C.

IEG (2012), *The Global Fund to Fight AIDs, Tuberculosis and Malaria and the World Bank engagement with the Global Fund*, World Bank Independent Evaluation Group, Washington D.C.

IEG (2014), *Opportunities and challenges from working in partnership: Findings from IEG's work on partnership programs and trust funds*, World Bank Independent Evaluation Group, Washington D.C.

IHME (2015), *Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes*, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington.

IHME (2013), *Global burden of disease study*, Health Metrics and Evaluation, University of Washington.

Institute of Medicine. (2013), *Evaluation of PEPFAR, PEPFAR 2014*, 10th Annual Report to Congress.

Isenman, S. (2010), *Donor schizophrenia and aid effectiveness: the role of global funds*, Institute of Development Studies, Practice Paper Vol. 2010 n° 5.

Johnson A.D, D.R. Thomson, S. Atwood, I. Alley, J.L. Beckerman, I. Kone, D. Diakite, H. Diallo, B. Traore, K. Traore, P.E. Farmer, M. Murray, J. Mukherjee (2013), *Assessing Early Access to Care and Child Survival during a Health System Strengthening Intervention in Mali: A Repeated Cross Sectional Survey*. PLoS One 8, 12. e81304. doi:10.1371/journal.pone.0081304

Kaddar M. (2013), S. Schmitt, M. Makinen and J. Milstein, *Global support for new vaccine implementation in middle-income countries*, Vaccine, Apr 18; 31 Suppl 2: B81-96.

Kaul I., I. Grunberg and M. Stern (1999), *Global public goods – International cooperation in the 21st century*, Oxford.

Kerouedan D. (2007), *1986-2006 : 20 ans d'échec des stratégies internationales de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, Médecine Tropicale, 67, 515-528.

Kerouedan D. (2010), *Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida lutte contre le sida en Afrique*, Médecine Tropicale 70, 19-27.

Keugoung B, A. Buve, D. Nolna, J. Macq, J. Meli, B. Criel (2013), *Trente ans de lutte antituberculeuse au Cameroun : une alternance entre systèmes d'offre de soins de santé «vertical» et «horizontal»*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 61, 2, 129-138.

Keugoung, M. B. (2013), *The interface between the national tuberculosis control programme and district hospitals in Cameroon: missed opportunities for strengthening the local health system, a multiple case study*. BMC Public Health 2013, 13:265.

Khandker, S., G. Koolwal, H. Samad (2010), *Handbook of Impact evaluation*, World Bank.

Kiderlen T.R., M. Conteh, S. Roll, S. Seeling and S. Weinmann (2015), *Cross-sectional study assessing HIV-related knowledge, attitudes and behavior in the Namibian truck transport sector: Readjusting HIVprevention programs in the workplace*. Journal of Infection and Public Health 8, 346-354.

Labart K. (2012), *Les mots clé de Busan : cohérence entre les discours et le document final de la conférence*, Working Paper PS 53, FERDI.

Lee M. and M. Izama (2015), *Aid externalities: Evidence from PEPFAR in Africa*, World Development, vol. 67, 281-294.

Lee S and J-Y. Lim (2014), *Does international health aid follow recipients' needs? Extensive and intensive margins of health aid allocation*, World Development, vol. 64, 104-120.

Le Gargasson J.B, J.G. Breugelmans, B. Mibulumukini, A. Da Silva, A. Colombinia (2013), *Sustainability of National Immunization Programme (NIP) performance and financing following Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) support to the Democratic Republic of the Congo (DRC)*, Vaccine, Vaccine 31, 1886-1891.

Lemoine M, S. Eholié, K. Lacombe (2015). *Reducing the neglected burden of viral hepatitis in Africa: Strategies for a global approach*. Journal of Hepatology, 62, 469–476.

Lim S.S, D.B. Stein, A. Charrow, C.J.L. Murray (2009), *Author reply*. Lancet, 373, 17.

Lim S.S, D.S. Stein, A. Charrow, C.J.L. Murray (2008), *Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic*

analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. Lancet. 372: 2031-46.

Livinec B, J-L. Rey (2012), *Systèmes de santé en Afrique subsaharienne, revenir aux fondamentaux*, Médecine Tropicale 22, 4, 341-342.

Loubière S., S. Boyer, C. Protopopescu, C.R. Bonono, S-C. Abega, B. Spire and J.P. Moatti (2009), *Decentralization of HIV care in Cameroon: Increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers.* Health Policy, 92, 165–173.

Macro International (2009), *Final report, The Five-year Evaluation of the Global Fund to Fight AID, Tuberculosis, and Malaria: a) Synthesis of study areas 1, 2, 3; b) The impact of collective efforts on the reduction on diseases burden of AIDS, tuberculosis, and malaria.*

Milstien J.B, L. Kamara, P. Lydon, V. Mitchell and S. Landry (2008), *The GAVI Financing Task Force: One model of partner collaboration.* Vaccine, 26, 6699-6705.

Moatti, J-P. (2013). *Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB*, Revue Tiers Monde /3 n°215.

Mussa, P. G. (2013). Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique. Hum Resour Health. 2013; 11: 26.

Naudet, J-D. and J. Delarue (2007), *Promouvoir les évaluations d'impact à l'Agence Française de Développement : renforcer l'appropriation et l'apprentissage institutionnels.* Séries Notes Méthodologiques 2, AFD.

NORAD (2012), *Evaluation of the Health Results Innovation Trust Funds*, Report 4/2012.

OECD (2012), *Multilateral Aid Report 2012.* Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.

OECD/DAC (2013), *Rapport 2013-14 du CAD sur l'aide multilatérale*, Paris.

OECD (2015), *Multilateral aid 2015*, Paris.

ONUSIDA (2013), *Rapport mondial*, Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida.

Over M. (2009), *Echec de la prévention : le poids croissant des droits engendrés par l'aide américaine au financement du traitement mondial contre le VIH/SIDA et la voie à suivre*. *Revue d'économie du développement*, 1, Vol.17.

Patel P, R. Cummings and B. Roberts (2015), *Exploring the influence of the Global Fund and the GAVI Alliance on health systems in conflict-affected countries*, *Confl Health*. 2015 Feb 2;9:7. Patel, Cummings, Robert (2015).

Peyronnet C. (2012), *Projet de loi de finances pour 2013: Aide publique au développement*.

PNUD, OMD, 2015,

http://www.undp.org/content/undp/fr/home/mdgoverview/mdg_goals/.

Pronyk P.M, M. Muniz, B. Nemser, M.A. Somers, L. McClellan, C.A. Palm, U. K. Huynh, Y. Ben Amor, B. Begashaw, J. W McArthur, A. Niang, S. Ehrlich Sachs, P. Singh, A. Teklehaimanot and J. D. Sachs., for the Millennium Villages Study Group (2012). *The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment*, *Lancet* 379, 2179-88.

Reinsberg M.E. (2014), *The rise of multi-bi aid and the proliferation of trust funds*. *Handbook on the economics of foreign aid*.

Reinsberg M.K. (2014), *Which donors, which funds? Examining donors choice of trust funds at the World Bank*. Toronto: ISA workshop on informal governance.

Reinsberg M.K. (2014), *Which donors, which funds? Examining donors choice of trust funds at the World Bank*. Toronto: ISA workshop on informal governance.

Rossi I, P. L.F. Zuber, L. Dumolard, D.G. Walker and J. Watt (2007), *Introduction of Hib vaccine into national immunization programmes: A descriptive analysis of global trends*. *Vaccine* 25, 7075-7080.

Severino J-M. and O. Ray (2010), *The End of ODA (II): The Birth of Hypercollective Action*, Working Paper 218, Center for Global Development, Washington DC.

Shridar D., N. Woods (2013), *Trojan multilateralism: Global cooperation in health*, Global Policy 4, n° 4, 326.

Sidibé M. (2015), *Pooling risk, pooling hope: Towards a Global Compact for sustainable health financing*, in Boussichas et Guillaumont (2015).

Sridhar T. (2009), *Vertical funds in the health sector: lessons for education from the Global Fund and GAVI*. UNESCO 2010/ED/EFA/MRT/PI/02.

Storeng K.T, (2014), *The GAVI Alliance and the 'Gates approach' to health system strengthening*, Glob Public Health. 9(8):865-79.

Sweeney S., C. Obure, F. Terris-Prestholt and the Integra Research Team (2014), *The impact of HIV/SRH service integration on workload: analysis from the Integra Initiative in two African settings*, Human Resources for Health, 12:42.

Teran Calderon C., D. Gorena Urizar, C. González Blázquez, B.A. Ferreras, O. Ramirez Rubio, F.B. Montrull, M. Ortiz Rivera, J. del Amo Valero (2015), *Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia*. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 19, 4, 369-375.

Thalwitz M. (2013), *Fragmentation and Proliferation in the Multilateral System: the Role of Trust Funds*, A Study of Incentives, DIE, Bonn.

Thiele R., P. Nunnenkamp and A. Dreher (2007), *Do donors target aid in line with the Millennium Development Goals? A sector perspective of aid allocation*, Kiel Institute.

Tortora, P. and S. Steensen (2014). Making earmarked funding more effective: Current practices and a way forward. OECD, 2014 Report number 1.

Ugarte W.J., U. Högberg, E. Valladares and B. Essén (2013), *Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective*. Sexual & Reproductive Healthcare 4: 37-44.

UNAIDS, *How AIDS Changed Everything*, MDG6, 15 years of hope from the AIDS response.

UNGASS (2014), *Rapport d'activité 2011*, Conseil National de Lutte contre le Sida, Côte d'Ivoire.

UNICEF (2015). http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html

UNICEF (2014a). *Report on regular resources 2013*. Results for children.

UNICEF (2014b). *Rapport annuel 2013*.

UNICEF (2011). *Éliminons la transmission de la mère à l'enfant*, Conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Paris 16-17 novembre 2011, Actes de la conférence.

Usher A. (2015), *GAVI exceeds US\$ 7.5 billion fundraising target*, *The Lancet*, vol. 385, 493.

Van Damme W., M. Pirard, Y. Assefa, J. Olmen, M. Pierre-Louis and A. Soucat (2010), *How can disease control program contribute to health system strengthening in Sub-Saharan Africa : a concept note for engaging in the global debates on health systems strengthening*. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper. Washington, DC: World Bank.

Victora, C.V., R.E. Black and J. Bryce (2009), *Evaluating child survival programmes*, *Bulletin of the World Health Organisation* 87, 83.

Vujicic M., S. Weber, I. Nikolic, R. Atun and R. Kumar (2012), *An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries*, *Health Policy Plan.* 27 (8): 649-657.

Wagstaff A. (2008), *Policy Research Working Paper 4800*, The World Bank, Washington D.C.

Warren A, K. Wyss, G. Shakarishvili, R. Atun and Don de Savigny (2013), *Global health initiative investments and health systems strengthening: a content analysis of global fund investments*, *Globalization and Health*, 9:30.

WHO (2011), *Health system strengthening - current trends and challenges*. Executive Board 128th session, Geneva, 17-25. (EB128/37).

WHO, *Global Tuberculosis Report*, 2014.

WHO, *World Malaria Report (WMR) 2013; 2014*.

WHO, *World Health Statistics 2014*.

World Bank (2013 a), *2013 Trust Fund Annual Report*, Concessional Finance and Global Partnerships Vice President, Washington D.C.

World Bank, (2013 b), *Trust funds reforms: Progress to date and future directions*, mimeo, Washington D.C.

Annexes

1. Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour la santé

Objectifs, cibles et indicateurs du millénaire pour le développement directement liés à la santé et pour lesquels les financements mondiaux se sont mobilisés.

	Cibles	Indicateurs
Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans		
Cible 5	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle		
Cible 6	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Objectif 6: Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies		
Cible 7	D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation de la contraception 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8	D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)

Source : <http://www.who.int/mdg/goals/fr/>

2. Cadre stratégique du Fonds mondial 2012-2016 : plan, cibles, indicateurs

Plan mondial	Principales cibles du Fonds mondial pour 2016	Indicateurs pour d'autres services sélectionnés
<p>VIH/sida Cadre d'investissement de l'ONUSIDA de 2011 et déclaration de l'UNGASS de juin 2011</p> <p>Tuberculose Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015</p> <p>Paludisme Plan d'action mondial de lutte contre le paludisme du partenariat « Faire reculer le paludisme », 2008 ; objectifs et cibles actualisés en mai 2011</p>	<p>7,3 millions de personnes en vie sous traitement antirétroviral</p> <p>4,6 millions de traitement DOTs* (annuels) 21 millions de DOTs entre 2012 et 2016</p> <p>Distribution annuelle de 90 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée Distribution de 390 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée entre 2012 et 2016</p>	<p>Prévention de la transmission de la mère à l'enfant : prophylaxie antirétrovirale et/ou traitement antirétroviral Dépistage du VIH et conseil Services de prévention pour les populations les plus exposées au risque Circoncision masculine</p> <p>Patients co-infectés par le VIH et la tuberculose sous traitement antirétroviral Traitements de la tuberculose multi-résistante</p> <p>Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent - PII Diagnostics réalisés avec des tests de diagnostic rapide - TDR Traitements sous forme de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dispensés aux cas confirmés de paludisme - CTA Traitement préventif intermittent - TPI (femmes enceintes lors des CPN et nourrissons lors de la vaccination)</p>

Source : Fonds Mondial. <http://www.theglobalfund.org/fr/about/strategy/>

Glossaire

AID	Association internationale de développement
ASS	Afrique sub-saharienne
AVCI (DALY)	Année de vie corrigée de l'invalidité (Disability Adjusted Life Year)
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCM	Country Coordination Mechanism (VIH/sida)
CPIA	Country Policy and Institutional Assessment
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DOT	Directly Observed Treatment (tuberculose)
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation
G8, G20	Groupe des huit, des vingt
iCCM	Integrated Community Case Management
IDA	International Development Association
IEG	Independent Evaluation Group
IFFIm	International Finance Facility for Immunisation
MCP	Mécanismes de coordination pays
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
NDC	Non Communicable Disease
OCDE (OECD)	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEC	Prise en charge

PEV	Programme élargi de vaccination
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMI	President's Malaria Initiative
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PPP	Partenariat public privé
PTME	Programme de transmission de la mère à l'Enfant
RMB	Roll Back Malaria
SCCF	Special Climate Change Fund
SWAp	Sectorial Wide Approach
TDR	Test de diagnostic rapide
TERG	Technical Evaluation Reference Group
TME	Transmission de la mère à l'enfant
UNAIDS (ONUSIDA)	United Nations on AIDS (Organisation des Nations unies sur le VIH/sida)
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VHB	Virus de l'hépatite B

Liste des récents Papiers de Recherche de l'AFD

Les Papiers de Recherche de l'AFD sont disponibles sur : <http://librairie.afd.fr/>

- # 2015-01 AGLIETTA, M. (2015), "The Quality of Growth: Accounting for Sustainability", *AFD Research Papers*, No. 2015-01, January.
- # 2015-02 AURIOL, E. and S. G.M. SCHILIZZI (2014), "Quality Signaling through Certification in Developing Countries", *AFD Research Papers*, No. 2015-02.
- # 2015-03 BALINEAU, G. (2015), "Fair Trade? Yes, but not at Christmas! Evidence from scanner data on real French Fairtrade purchases", *AFD Research Papers*, No. 2015-03, March.
- # 2015-04 REILLY, J. (2015), "Energy and Development in Emerging Countries", *AFD Research Papers*, n°2015-04, March.
- # 2015-05-FR IRIBARNE (d'), P. et A. HENRY, (2015), « Rapport sur le développement dans le monde, WDR 2015, Avancées et limites », *Papiers de Recherche AFD*, No. 2015-05-FR, Avril.
- # 2015-05-EN IRIBARNE (d'), P. and A. HENRY, (2015), "World Development Report, WDR 2015, progress and limits", *AFD Research Papers*, No. 2015-05-EN, April.
- # 2015-06 BASTIDE N. et B. SAVOYE (2015), « Les impacts du programme de mise à niveau des entreprises du Sénégal », *Papiers de Recherche AFD*, n°2015-06, Mai.
- # 2015-07 EICHENAUER V.Z. and B. REINSBERG (2015), "The use of multi-bi aid by France in comparison with other donor countries", *AFD Research Papers*, No.2015-07, November.
- # 2015-08 DIMOU, M. et F. RIVIERE (2015), « Modèles et stratégies de développement des petites économies insulaires », *Papiers de Recherche AFD*, No. 2015-08, Avril.
- # 2015-09 LANDA G., REYNES F., ISLAS I., BELLOCQ F.X. and F. GRAZI (2015), "Double Dividend of Low-carbon Growth in Mexico: A Dynamic General Equilibrium Assessment", *AFD Research Papers*, No. 2015-09, November.
- # 2015-10 VERGNE C. (2015), « Industrialisation et transformation structurelle : l'Afrique sub-saharienne peut-elle se développer sans usines ? », *Papiers de Recherche AFD*, n° 2015-10, Octobre.

- # 2015-11 ROCA T. et V. JACQUELAIN (2014), « Lire la croissance africaine... à la lumière des données disponibles », *Papiers de Recherche AFD*, n°2015-11, Août.
- # 2015-12 GIRAUD, G., R. GUPTA N.R., C. RENOARD and T. ROCA (2014), "Relational Capability Index 2.0", *AFD Research Papers*, n°2015-12, September.
- # 2015-13 BIARDEAU, L. et A. BORING (2015), « L'impact de l'aide au développement sur les flux commerciaux entre pays donateurs et pays récipiendaires », *Papiers de Recherche AFD*, n°2015-13, Février.
- # 2015-14 BOCQUET, R., DALI S., PLUS E. et O. RECH (2015), « Vulnérabilités énergétiques et conséquences macroéconomiques en Indonésie », *Papiers de Recherche AFD*, n°2015-14, Novembre.
- # 2015-15 EYBEN, R. (2015), "The Politics of Results and Struggles over Value and Meaning in International Development", *AFD Research Paper Series*, No. 2015-15, May.
- # 2015-16 TORERO, M. (2015), "The Impact of Rural Electrification Challenges and Ways Forward", *AFD Research Paper Series*, No. 2015-16, May.
- # 2015-17 GUPTA, R. (2015), "Economic Development: Is Social Capital Persistent?", *AFD Research Paper Series*, No. 2015-17, December.
- # 2016-18 GRAZI, F., J.C.J.M. VAN DEN BERGH et H. WAISMAN (2016), "A Simple Model of Agglomeration Economies with Environmental Externalities", *AFD Research Paper Series*, No. 2016-18, January.
- # 2016-19 GRAZI, F., J.C.J.M. VAN DEN BERGH et H. WAISMAN (2016), "The Economics of Spatial Sustainability: General Theory and Application to Climate Change", *AFD Research Paper Series*, No. 2016-19, January.