

# Repenser l'avenir des Initiatives pour la santé mondiale



# Repenser l'avenir des Initiatives pour la santé mondiale

## **Auteurs :**

Sophie Witter<sup>1</sup>, Natasha Palmer<sup>1</sup>, Rosemary James<sup>2</sup>, Shehla Zaidi<sup>3</sup>, Severine Carillon<sup>4</sup>, Rene English<sup>6</sup>, Shifa Habib<sup>3</sup>, Jeff Tan<sup>3</sup>, Fatoumata Hane<sup>4</sup>, Giulia Loffreda<sup>1</sup>, Emilie Venables<sup>2</sup>, Seyed-Moeen Hosseinalipour<sup>2</sup>, Valery Ridde<sup>4,5</sup>, Maria Paola Bertone<sup>1</sup>, Adama Faye<sup>4</sup>, Karl Blanchet<sup>2</sup>

- 
1. Queen Margaret University, Édimbourg, Écosse
  2. Centre d'études humanitaires de Genève, Faculté de médecine, Université de Genève, Suisse
  3. Aga Khan University (International) in the UK
  4. Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
  5. Institut de Recherche pour le Développement, France
  6. Stellenbosch University, Afrique du Sud

# Sommaire

Sigles et abréviations	5
Remerciements	7
Avant-propos	8
Résumé	10
Contexte	10
Méthodes	10
Constatations	11
2 Objectifs de l'étude	19
3 Données et méthodes	21
4 Constatations	25
4.1 Tendances du financement et intervenants dans la santé mondiale	25
4.2 Présentation des Initiatives centrales	27
4.3 Difficultés futures pour la santé mondiale : un paysage des Initiatives en évolution	30
4.4 Contribution positive des Initiatives pour la santé mondiale à ce jour	31
4.4.1 Contribution à l'amélioration des résultats en matière de santé	31
4.4.2 Financement innovant et façonnage du marché	31
4.4.3 Assurer l'accès aux vaccins et aux autres produits de base et technologies	31
4.4.4 Coordination des donateurs autour de programmes spécifiques pour la santé au niveau mondial	32
4.4.5 Mobilisation des fonds, en particulier pour le FMSTP et le Gavi	32
4.4.6 Structures de gouvernance innovantes	32
4.4.7 Cibler les populations des régions mal desservies et travailler avec les OSC	33
4.4.8 Savoir s'adapter	33
4.4.9 Avancées récentes dans l'alignement de l'aide des donateurs sur les plans nationaux au niveau des pays	33
4.4.10 Recueil des données et systèmes d'information	34
4.5 Difficultés et conséquences négatives imprévues des investissements des Initiatives	35
4.5.1 Au niveau mondial	35
4.5.1.1 Préoccupations relatives aux mandats	35
4.5.1.2 Concurrence pour l'obtention de fonds et incertitudes quant au financement futur	35
4.5.1.3 Difficultés de gouvernance avec les conseils d'administration des Initiatives	36
4.5.1.4 Contestations concernant les allocations des fonds pour le FMSTP	37
4.5.1.5 Des indicateurs discutables	37
4.5.1.6 Préoccupations relatives à la mobilisation du secteur privé	38
4.5.1.7 Préoccupations sur les conflits d'intérêts	38
4.5.2 Au niveau national	38
4.5.2.1 Distorsion des priorités nationales	38
4.5.2.2 Problématiques de gouvernance et d'appropriation par les pays	38
4.5.2.3 Nécessité de mieux suivre le financement public pour superviser les effets de déplacement	40

4.5.2.4	Succès insuffisant dans le renforcement des capacités des systèmes de santé nationaux et locaux	40
4.5.2.5	Des modes de fonctionnement qui réduisent l'efficacité et l'efficience	42
4.5.2.6	Manque de transparence et de supervision ; pression sur la capacité de gestion	42
4.5.2.7	Frustration concernant l'assistance technique externe à court terme	43
4.5.2.8	Modification des rôles pour les autres intervenants du système de santé mondial	43
4.5.2.9	Corruption	43
4.5.2.10	Les difficultés de la transition	43
4.5.3	Résumé des points forts et des difficultés des Initiatives	45
5	Comprendre l'économie politique du paysage des Initiatives	47
5.1	Au niveau mondial	47
5.2	Au niveau national	49
6	Vision et principes du changement	52
6.1	Déclaration de vision pour les Initiatives et les acteurs mondiaux de la santé	52
6.2	Principes de fond des changements	52
7	Recommandations relatives au renforcement de l'écosystème des Initiatives pour la santé mondiale	55
7.1	Recommandations	55
7.2	Gestion du changement	62
8	Conclusion	64
	Références bibliographiques	65
	Annexes	75
1	Méthodes de l'étude (y compris le cadre de l'APE)	75
2	Guides des sujets d'entretien avec les informateurs clés	75
3	Questions de l'enquête en ligne	75
4	Composition des conseils d'administration des Initiatives	75
5	Aperçu des modèles d'octroi des ressources des Initiatives pour la santé mondiale	75
6	Résumé des entretiens des informateurs clés au niveau mondial	75
7	Enquête en ligne : résumé des résultats	75
8	Résumé de l'étude de cas du Pakistan	75
9	Résumé de l'étude de cas de l'Afrique du Sud	75
10	Résumé de l'étude de cas du Sénégal	75
11	Résumés individuels de chaque consultation multipartite	75
12	Enseignements des précédentes initiatives d'alignement et de coordination	75

# Sigles et abréviations

<b>ACT-A</b>	Accélérateur ACT : dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 ( <i>Access to COVID-19 Tools Accelerator</i> )
<b>ADS</b>	aide au développement en matière de santé
<b>AID</b>	Association internationale de développement
<b>APD</b>	aide publique au développement
<b>APE</b>	analyse politique de l'économie
<b>AT</b>	assistance technique
<b>BIRD</b>	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
<b>BPM</b>	biens publics mondiaux
<b>CDC</b>	<i>Centres for Disease Control and Prevention</i>
<b>CEPI</b>	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies ( <i>The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations</i> )
<b>COVAX</b>	Accès mondial au vaccin contre la COVID-19 ( <i>COVID-19 Vaccine Global Access</i> )
<b>CSU</b>	couverture sanitaire universelle
<b>EFTC</b>	États fragiles ou touchés par un conflit
<b>EMRO</b>	région de la Méditerranée orientale de l'OMS ( <i>WHO Eastern Mediterranean Region</i> )
<b>FBMG</b>	Fondation Bill et Melinda Gates
<b>FDM</b>	fardeau des maladies
<b>FGHI</b>	Avenir des Initiatives pour la santé mondiale
<b>FIND</b>	Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics ( <i>Foundation for Innovative New Diagnostics</i> )
<b>FMSTP</b>	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
<b>Gavi</b>	Alliance du Vaccin Gavi
<b>GFF</b>	Mécanisme de financement mondial
<b>GFP</b>	gestion des finances publiques
<b>ICN</b>	instance de coordination nationale
<b>IC</b>	informateur clé
<b>ISM</b>	Initiative pour la santé mondiale
<b>MNT</b>	maladie non transmissible
<b>MRN</b>	mobilisation des ressources nationales
<b>MS</b>	ministère de la Santé

<b>ODD</b>	Objectifs de développement durable
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>OMD</b>	objectifs du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>OSC</b>	organisation de la société civile
<b>PAM ODD3</b>	Plan d'action mondial pour l'ODD 3
<b>PEPFAR</b>	plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida ( <i>U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> )
<b>PPP</b>	partenariat public-privé
<b>PRFI</b>	pays à revenu faible et intermédiaire
<b>R&amp;D</b>	recherche et développement
<b>RSS</b>	renforcement des systèmes de santé
<b>SEARO</b>	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ( <i>WHO Regional Office for South-East Asia</i> )
<b>SRMNIA</b>	santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
<b>SRPS</b>	systèmes résistants et pérennes pour la santé
<b>SSP</b>	soins de santé primaire
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>WPRO</b>	région du Pacifique occidental de l'OMS ( <i>WHO Western Pacific Region</i> )

# I Remerciements

Ce rapport a été rédigé par un consortium de cinq universités<sup>1</sup> et de l'Institut de recherche pour le développement (France). Le consortium exprime sa gratitude à toutes les personnes ayant participé à l'étude, au Wellcome Trust, au secrétariat du processus FGHI, aux coprésidents, au Groupe de pilotage et à l'équipe de travail sur l'apprentissage et la recherche qui ont permis de réaliser ce travail. Le consortium et le Secrétariat du processus FGHI souhaitent également remercier les *Centres for Disease Control and Prevention* d'Afrique d'avoir co-organisé une réunion consultative hybride au siège de l'Union africaine à Addis-Abeba (Éthiopie), en juin 2023. Enfin, merci à toutes les personnes qui ont pris le temps de faire part de leurs commentaires sur le rapport préliminaire.

L'étude « Repenser l'avenir des Initiatives pour la santé mondiale » a été financée et commanditée par le Wellcome Trust. L'Équipe des politiques de Wellcome, avec les participations clés de Clare Battle, Simon Hall et Tom Harrison, a apporté sa contribution à l'étude et en a assuré la supervision.

Les constatations présentées dans ce rapport ne reflètent pas les points de vue individuels des membres du consortium, mais constituent une synthèse des données analysées à partir des entretiens, de l'enquête en ligne et des consultations qui ont été menés. Les constatations et recommandations n'ont pas été avalisées par Wellcome, les membres du groupe de pilotage FGHI, ou leurs organisations ou gouvernements. Toutefois, elles constitueront un pan important de la base de connaissances sur laquelle le processus FGHI s'appuiera pour ses conclusions et ses engagements.

Pour en savoir plus sur le processus FGHI, cliquez ici : [futureofghis.org](https://futureofghis.org).

## Référence suggérée :

Witter S., Palmer N., James R., Zaidi S., Carillon S., English R., Loffreda G., Venables E., Habib S., Tan J., Hane F., Bertone M.P., Hosseinalipour S-M., Ridde V., Faye A., Blanchet K., 2023, *Repenser l'avenir des Initiatives pour la santé mondiale, rapport d'étude*, Queen Margaret University, Centre d'études humanitaires de Genève, Aga Khan University, Cheikh Anta Diop University, Institut de Recherche pour le Développement, Stellenbosch University.

## Pour toute information complémentaire sur l'étude, veuillez contacter :

Professeure Sophie Witter

Professeur Karl Blanchet

[SWitter@qmu.ac.uk](mailto:SWitter@qmu.ac.uk)

[karl.blanchet@unige.ch](mailto:karl.blanchet@unige.ch)

L'étude « Repenser l'avenir des Initiatives pour la santé mondiale » a été financée et commanditée par le Wellcome Trust. L'Équipe des politiques de Wellcome, avec les participations clés de Clare Battle, Simon Hall et Tom Harrison, a apporté sa contribution à l'étude et en a assuré la supervision.

Nous tenons également à souligner l'immense travail réalisé en très peu de temps par les équipes de recherche coordonnées par la docteure Rosie James.

---

<sup>1</sup> Centre d'études humanitaires de Genève, Université de Genève (Suisse), Queen Margaret University, Édimbourg (Écosse), Aga Khan University (International) in the UK, Université Cheikh Anta Diop (Sénégal), Stellenbosch University (Afrique du Sud)

# I Avant-propos

Depuis 2000, le nombre et la diversité des Initiatives pour la santé mondiale connaissent une très forte augmentation et s'accompagnent d'une hausse des niveaux d'aide au développement en matière de santé. Les Initiatives pour la santé mondiale ont contribué aux immenses progrès apportés dans la protection des vies et l'amélioration de la santé des personnes dans le monde : des avancées importantes ont ainsi été enregistrées contre certaines maladies comme la polio, le paludisme et le VIH/sida, tandis que la couverture des interventions spécifiques, comme la vaccination des enfants, a augmenté.

Mais si, en général, l'espérance de vie mondiale augmente, de grandes inégalités subsistent en matière de santé et de couverture sanitaire. Dans le même temps, le monde subit d'importants changements épidémiologiques et démographiques – notamment le vieillissement de la population et le fardeau croissant des maladies non transmissibles – ainsi que des évolutions politiques et économiques qui ne permettent pas de garantir une mobilisation durable des ressources. Dans le contexte des menaces croissantes posées par la dégradation de l'environnement, le changement climatique et les nouvelles épidémies, l'émergence de nouveaux acteurs et initiatives vient encore compliquer l'architecture de la santé mondiale, en fragmentant davantage les flux de financement externes.

Le nouvel éclairage jeté par la pandémie de COVID-19 sur les forces et les faiblesses du système actuel permet de faire le point sur les évolutions que pourraient connaître les Initiatives pour la santé mondiale pour mieux répondre à l'évolution de la situation de la santé mondiale. Il est notamment urgent d'examiner comment la coopération mondiale et le financement sur lequel elle repose peuvent soutenir au mieux les priorités de santé nationales, encourager des investissements nationaux accrus et pérennes dans la santé et favoriser les progrès menés par les pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Ce rapport, qui s'appuie sur des recherches existantes, analyse les éléments démontrant les forces et les faiblesses de l'écosystème des Initiatives pour la santé mondiale et les enseignements tirés des précédentes propositions de changement. Il s'appuie également sur de nouvelles consultations de plus de 200 experts aux niveaux mondial, régional et national, pour proposer une vision sur les améliorations qui pourraient être apportées et donner une feuille de route des changements potentiels pour nous y conduire. Ce rapport a été rédigé dans le but d'apporter une contribution au processus en cours baptisé « Avenir des Initiatives pour la santé mondiale » (*Future of Global Health Initiatives*, FGHI), qui rassemble un groupe de parties prenantes de la santé aux niveaux mondial, régional et national – y compris des gouvernements, des institutions de santé mondiales, des organisations de la société civile et des universitaires – pour réfléchir à ces questions vitales et insuffler une dynamique à l'action collective.

Bien que les recommandations de ce rapport n'aient pas été avalisées par les membres du groupe de pilotage FGHI, leur organisation ou leur gouvernement, les conclusions et recommandations indépendantes présentées seront une source d'informations précieuses. En outre, elles permettront de s'assurer que les discussions sur l'avenir du système de santé au niveau mondial s'appuient sur l'expérience et les points de vue des principales parties prenantes, en particulier dans les pays de mise en œuvre. Ce faisant, on espère que cette étude guidera d'autres délibérations et contribuera ainsi à mener les changements requis de toute urgence pour garantir le plus haut niveau d'efficacité, d'efficience et d'équité possible de notre système de santé au niveau mondial dans les décennies à venir.



Le ministère éthiopien de la Santé apprécie les résultats obtenus par le secteur de la santé en partenariat avec les différentes initiatives et institutions de santé mondiales et en soutien de ces dernières. Il espère que cette aide sera pérenne et plus cohérente pour renforcer l'efficacité et accélérer les progrès sur la voie de la CSU via des investissements axés sur les priorités nationales. Nous pensons que le dialogue et l'étude du processus FGHI nous fourniront les éléments et les éclairages sur la manière dont nous pourrions parvenir à renforcer cette collaboration. »

**Ministère de la Santé, Éthiopie**



Les pays sortant d'une crise comme la République centrafricaine sont confrontés à un défi : trouver un financement national adéquat pour renforcer les capacités du système de santé et assurer la CSU. Les partenariats avec les Initiatives pour la santé mondiale gardent une importance vitale pour ces pays. Cependant, nous recommandons vivement l'amélioration de leurs procédures de fonctionnement et de soutien aux pays. »

**Dr Bernard Boua, directeur du service de lutte contre les maladies tropicales négligées et maladies non transmissibles au ministère de la Santé et de la Population, République centrafricaine**



Nous souhaitons que les Initiatives pour la santé mondiale soient en phase avec les besoins axés sur la demande, que ce soit en termes d'intérêt national, de pérennité pour avoir un impact sur la vie des gens, ainsi que de transparence et de redevabilité pour garantir une gestion et une allocation claires des ressources. De plus, la Somalie souhaite que les Initiatives pour la santé mondiale soutiennent nos actions visant à assurer la CSU. »

**Dr Mohamed Hassan Mohamed, Bulaale, vice-ministre de la Santé du gouvernement fédéral somalien et député**

# I Résumé

## Contexte

Le processus baptisé « Avenir des Initiatives pour la santé mondiale » (*Future of Global Health Initiatives*, FGHI) est une démarche multipartite actuellement mise en œuvre : il vise à étudier comment les Initiatives pour la santé mondiale peuvent accélérer la progression des pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU), et plus globalement de l'Agenda 2030 des Objectifs de développement durable (ODD). Le processus, qui a débuté en 2022, vise à émettre des recommandations sur la manière dont les Initiatives peuvent gagner en efficacité, en efficacité et en équité et favoriser une action collective pour s'assurer de leur adéquation à l'horizon 2030 et au-delà. Le travail présenté ici constitue une contribution à ce processus. Ce rapport et ses annexes présentent les conclusions d'une étude rapide de la portée et de consultations approfondies individuelles et de groupe : menés aux niveaux national, régional et mondial, ces entretiens visaient à recueillir des points de vue sur l'évolution que pourraient connaître les Initiatives pour la santé mondiale en vue de soutenir ce processus au cours des 20 prochaines années.

Ce processus porte sur six Initiatives pour la santé mondiale, qui diffèrent par leur forme et leur fonction. Elles ont été recensées par le processus FGHI : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), l'Alliance du vaccin Gavi (Gavi), le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), Unitaïd, la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIND) et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI). Il est important de noter que le travail présenté dans ce rapport ne vise pas à évaluer une Initiative individuelle, mais à examiner comment cette dimension du système de santé au niveau mondial répond aux besoins des pays, et pourrait mieux y répondre à l'avenir.

## Méthodes

### L'étude propose ce qui suit :

1. Présenter une vision de ce que ces Initiatives devraient chercher à réaliser sur les 15 à 20 prochaines années afin de renforcer les capacités des systèmes de santé et d'avoir des répercussions notables sur la santé.
2. Analyser l'ampleur des évolutions que devront connaître les mandats et les méthodes de travail actuels des Initiatives pour la santé mondiale afin de concrétiser cette vision de manière efficace, efficiente et équitable, et étudier les facteurs contextuels qui favoriseraient ou entraveraient un tel changement.
3. Fournir des recommandations sur les modalités et le calendrier des évolutions à apporter aux mandats et méthodes de travail actuels des Initiatives.

Menée sous l'angle de la CSU, l'étude s'est concentrée sur les expériences et les besoins des pays dans le cadre des Initiatives. Réalisée sur une période de six mois (de février à juillet 2023), elle a été pilotée par cinq universités, indépendamment mais sous la responsabilité du groupe de pilotage du processus FGHI.

L'étude s'appuie sur plusieurs sources de données : 1) une étude de la portée de documents évalués par les pairs et issus de la littérature grise (271 documents au total) ; 2) les données sur le financement de la santé et le fardeau des maladies ; 3) des entretiens avec des informateurs clés (IC) au niveau mondial ; 4) trois études de cas approfondies de Sénégal, Pakistan et Afrique du Sud ; 5) des consultations régionales de parties prenantes importantes dans les six régions de l'OMS ; 6) une enquête en ligne ciblant les IC qui n'ont pas pu participer aux entretiens ou aux consultations de groupe ; 7) des réunions consultatives, dont une en juin 2023 pour discuter des conclusions préliminaires. Les participants à l'étude (335 dans tous les ensembles de données, membres des Initiatives compris) venaient de 66 pays. Toutes les sources de données ont été synthétisées pour servir de base à ce rapport. L'analyse et la synthèse ont été effectuées sous l'angle de l'économie politique.

## Constatations

### Positionnement des participants à l'étude

Les données ont révélé des divergences d'opinions sur les forces et les faiblesses des Initiatives pour la santé mondiale ainsi que sur les scénarios d'évolution. Ces divergences sont en partie dues au positionnement des différents IC au sein du système, à leur expérience, leurs intérêts et leur point de vue, mais aussi à une grande diversité de contextes, de modèles de prestation et de niveaux d'investissement dans les pays où les Initiatives pour la santé mondiale interviennent. Dans l'ensemble, certains acteurs nationaux, responsables de la mise en œuvre et bailleurs de fonds étaient partisans d'une approche plus progressive, tandis que d'autres acteurs nationaux, organisations multilatérales et universitaires avaient une vision plus radicale. On constate néanmoins de nombreuses différences au sein de ces groupes, et certains points de vue étaient étonnamment critiques au sein des Initiatives elles-mêmes.

Au cours des entretiens et des consultations, les informateurs ont beaucoup parlé du FMSTP et du GAVI. C'était prévisible, compte tenu de la taille de ces Initiatives et de leur niveau d'activité dans les pays, ainsi que de leur plus longue durée d'existence.

### Une situation qui évolue : financement de la santé, fardeau des maladies et difficultés émergentes

Le système de santé mondial a connu un développement important ces dernières décennies, en partie lié aux actions menées dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : on constate ainsi une augmentation continue du nombre et de la diversité des acteurs ainsi que du financement total. En outre, la distribution de l'aide au développement en matière de santé (ADS) via les Initiatives a enregistré une nette augmentation, notamment suite à la création du FMSTP et du Gavi qui représentaient 14 % de l'ADS en 2019. Quatre « *mégatendances* », qui incluent le rôle des Initiatives pour la santé mondiale sans s'y limiter, ont été identifiées : la prolifération, la verticalisation, le contournement des systèmes gouvernementaux et la fragmentation. Concernant le financement de la santé, il est également important de noter que l'ADS constitue encore une grande partie des budgets consacrés à la santé, notamment dans de nombreux pays à faible revenu (PFR). Pourtant, le montant global du financement de la santé n'est pas suffisant pour financer la réalisation des ODD. Ces facteurs plaident en faveur d'un examen urgent pour s'assurer que toutes les ressources mondiales en matière de santé sont utilisées le plus efficacement possible. On peut penser qu'il existe une marge d'amélioration au vu du décalage entre l'ADS globale et le fardeau mondial et national des maladies.

De plus, nous mettons en avant des difficultés émergentes telles que le changement climatique, la résistance antimicrobienne et l'essor des maladies non transmissibles, qui ne seront probablement pas traitées par les Initiatives dans le cadre de leur mandat actuel. La stagnation de l'ADS et la réduction de la marge de manœuvre budgétaire après la COVID-19, le contexte géopolitique houleux, les besoins croissants en matière de santé et les technologies de santé coûteuses font partie des autres sujets de tension attendus.

### Forces et faiblesses des Initiatives pour la santé mondiale

Les Initiatives pour la santé mondiale incluses dans ce processus diffèrent par leur taille, leur structure et leur fonction ; dans le cadre de leurs diverses activités, leur approche et leur influence peuvent beaucoup varier. Il est également important de noter que les six Initiatives analysées ici représentent un petit échantillon du nombre total d'Initiatives du système actuel de santé au niveau mondial. À ce titre, le nombre élevé d'Initiatives fait partie des difficultés posées par la fragmentation auxquels de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) sont confrontés. En outre, de nouvelles Initiatives continuent d'être créées en réponse à de nouvelles priorités ou à de nouveaux intérêts et positionnements des bailleurs de fonds.

Au cours des dernières décennies, de nombreuses Initiatives se sont développées et sont devenues des composantes majeures du système de santé mondial. Certaines des Initiatives les plus anciennes, comme le FMSTP et le Gavi, ne sont plus des organisations axées uniquement sur la collecte et l'acheminement de fonds : elles sont devenues de grandes entités complexes avec leurs propres priorités et dynamiques internes.

Nous mettons en évidence certaines des caractéristiques clés des Initiatives centrales qui ont séduit les bailleurs de fonds et qui constituent la base de leur action. Ainsi, en concentrant leurs efforts sur des maladies spécifiques et hautement prioritaires, elles ont contribué de manière significative à l'amélioration des résultats sanitaires dans ces domaines. Elles ont aussi mobilisé des fonds supplémentaires en ce sens et travaillé avec divers intervenants pour façonner les marchés des biens mondiaux pour ces maladies, en investissant dans des vaccins, produits pharmaceutiques, fournitures et technologies de diagnostic de meilleure qualité et moins coûteux. Elles permettent de contrôler rigoureusement les risques fiduciaires et suivent des approches qui visent en priorité à atteindre les populations cibles, qui sont susceptibles d'être négligées par les autorités publiques pour diverses raisons, comme la stigmatisation.

Cependant, ces atouts sont de plus en plus remis en question, en particulier du point de vue des pays : on observe depuis longtemps que le financement par les grandes Initiatives fausse les priorités et les systèmes de santé au niveau national. En outre, elles créent des coûts élevés en matière de préparation et de déploiement des subventions, qui n'utilisent généralement pas les systèmes nationaux ou ne se conforment pas aux plans, budgets, systèmes de gestion des finances publiques (GFP), ressources humaines ou systèmes d'information nationaux. Des préoccupations importantes ont été exprimées au niveau national. Quelques exemples : propositions de subventions élaborées par des consultants externes et donc déconnectées du contexte national ; financement cloisonné concernant des éléments et des groupes de population spécifiques au sein d'un système ; soutien apporté à des stratégies de prestation non pérennes (en matière de coûts) ; manque d'attention portée à l'efficacité sur l'ensemble du système de santé ; manque de redevabilité descendante des Initiatives envers les pays, et échec concernant le renforcement des capacités nationales pour garantir la pérennité des gains à long terme (grâce au renforcement des systèmes). En outre, les résultats revendiqués par les Initiatives ont toujours été le fruit d'un ensemble plus large d'investissements, notamment des gouvernements et d'autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux.

## Économie politique

Le rapport analyse certaines dynamiques de l'économie politique qui sous-tendent les schémas identifiés, ainsi que les enseignements tirés des précédentes tentatives de réforme de l'architecture de la santé mondiale. En l'absence de cohérence entre les incitations et les mandats de ces organisations, les actions de coordination ont été très frustrantes. On constate également une forte dépendance historique dans le système, qui fait qu'il est plus facile de créer de nouvelles structures que de réformer les anciennes. Les Initiatives pour la santé mondiale ont résolu les problèmes de nombreux bailleurs de fonds en créant des structures qui ont transformé le financement en résultats crédibles, tandis qu'au niveau national, les clients qui ont été créés ont gagné des ressources et donc du pouvoir grâce au financement. Le système de santé mondial au sens large a été faussé par le volume relatif de financement passant par les Initiatives par rapport à d'autres intervenants ayant des rôles importants, comme l'OMS. Les incitations ont été davantage axées sur le déboursement de subventions que sur la consolidation, le renforcement de l'efficacité et de la pérennité des systèmes de santé. Certaines Initiatives ont encore du mal à garantir la transparence des dépenses par domaine de santé et par canal, ainsi que leur impact à long terme sur le système de santé.

## Vision et principes proposés

**En réponse aux constatations sur les difficultés actuelles et émergentes et sur les forces et faiblesses de la situation des Initiatives centrales et plus larges, voici la vision proposée pour les Initiatives et les autres intervenants de la santé au niveau mondial :**

*« Un système de santé mondial où tous les intervenants, y compris les Initiatives pour la santé mondiale, jouent un rôle efficace pour assurer la CSU menée par les pays, et garantissent donc l'équité dans le bien-être et la santé des populations. L'ensemble des intervenants, dont ces Initiatives, doivent dès lors suivre une approche cohérente et intégrée pour planifier, financer et évaluer leurs fonds et programmes, en rendant des comptes aux gouvernements nationaux sur ces sujets : ils doivent travailler en synergie avec les autres intervenants de la santé au niveau mondial et se baser sur leur avantage comparatif, les priorités et besoins des pays, ainsi que sur la nécessité de renforcer la capacité des pays à pérenniser la CSU (y compris les SSP) grâce à des systèmes de santé solides et résilients. »*

### **Voici ce qu’implique cette vision pour les rôles de chaque partie prenante :**

- les pays où les interventions sont mises en œuvre doivent prendre une responsabilité croissante pour s’assurer que les interventions essentielles présentent un bon rapport coût/efficacité lorsqu’ils en ont la capacité et le financement;
- les Initiatives pour la santé mondiale doivent soutenir les pays dans cet effort, en intégrant le développement durable, en favorisant des produits de base abordables et en définissant des trajectoires claires vers la transition ;
- les donateurs doivent davantage transférer la responsabilité de la prestation aux pays, en prenant plus de risques et en acceptant des résultats plus larges en matière de soins de santé primaires (SSP) et de CSU.

En lien avec cette vision, nous proposons que tous les changements apportés aux Initiatives pour la santé mondiale reposent sur sept principes fondamentaux. Ces principes doivent transparaître non seulement dans les politiques organisationnelles, mais également dans la manière dont les Initiatives pour la santé mondiale fonctionnent au quotidien.

## **Recommandations**

Les Initiatives pour la santé mondiale interviennent dans un réseau complexe plus large d’intervenants, qui contribuent aux difficultés rencontrées comme aux succès. Si un grand nombre des problèmes relevés concernent l’ensemble des intervenants, l’accent mis ici sur les Initiatives est motivé par le fait qu’elles sont plus récentes dans l’architecture de la santé mondiale ; on constate davantage de flexibilité concernant ces Initiatives, qui ont aussi davantage tendance à proliférer.

La priorité devrait aller à la modification des incitations internes pour améliorer l’efficacité des Initiatives, en adoptant un point de vue systémique et en cherchant à obtenir un équilibre correct des rôles et des responsabilités, de manière verticale (entre les Initiatives et les pays/autorités infranationales) et horizontale (entre les Initiatives et les autres intervenants). Guider les progrès sur la voie de la CSU et du renforcement des systèmes de santé (RSS) relève principalement de la responsabilité des gouvernements ; cependant, les Initiatives pour la santé mondiale sont tenues de soutenir ces efforts cruciaux en veillant à ce que leurs investissements soient cohérents avec le renforcement pérenne des systèmes et ne sapent ni ne faussent les priorités d’investissement nationales, y compris dans les domaines prioritaires émergents.

**En conséquence, un ensemble de recommandations a été élaboré à l’intention des bailleurs de fonds des Initiatives, de leurs conseils d’administration et secrétariats, ainsi que des ministères de la Santé. Elles sont regroupées en six grands thèmes :**

- 1. Contribuer davantage à la CSU, y compris au fardeau émergent des maladies**
- 2. Renforcer ou du moins ne pas nuire aux systèmes de santé**
- 3. Réduire les coûts pour les pays et augmenter l’efficacité et l’efficacité des investissements des Initiatives pour la santé mondiale**
- 4. Soutenir la responsabilisation des pays, le renforcement des capacités et tracer une voie claire pour mettre fin à la dépendance aux Initiatives pour la santé mondiale**
- 5. Garantir une harmonisation plus efficace entre les Initiatives pour la santé mondiale et les autres intervenants au sens large**
- 6. Limiter la prolifération des Initiatives pour la santé mondiale ; se concentrer sur le renforcement de l’architecture existante**

Ces changements tiennent compte du fait que si certains pays vont apprendre à se passer du soutien des Initiatives pour la santé mondiale dans les 20 prochaines années, il restera probablement un groupe de pays à faible revenu et/ou touchés par un conflit qui continueront à dépendre des subventions pour répondre aux besoins sanitaires de base. C’est pour cette raison que les Initiatives doivent se poursuivre, même s’il est recommandé que les bailleurs de fonds se mettent d’accord sur la stratégie de sortie des Initiatives (notamment celles qui donnent des subventions aux pays). Il devient alors urgent de renforcer les capacités techniques des pays et d’inciter les gouvernements à endosser les responsabilités financières.

## Gestion du changement

Tous les intervenants ont contribué à la situation actuelle, et tous devront être associés aux changements. Pour mesurer les résultats (et gérer les risques de performance), les bailleurs de fonds, par exemple, devront privilégier davantage les contributions aux indicateurs de performance globale du système, et s'intéresser moins exclusivement à l'attribution des résultats et aux risques fiduciaires. Le leadership des gouvernements sera également primordial. Bon nombre des changements nécessaires dépendent de la mobilisation et de la capacité des gouvernements à réussir : ces changements pourraient dès lors être testés dans les pays qui présentent des niveaux plus élevés de cet engagement et de cette capacité, l'objectif étant d'introduire des changements progressifs à mesure que les pays sont prêts. Il est difficile de savoir si la conjoncture est propice aux changements, mais nos consultations révèlent qu'il est urgent d'agir. Le contexte est en train de changer ; continuer sur cette voie sans apporter d'adaptations entraîne un risque de chevauchement et de diminution du soutien au niveau des Initiatives.

## Conclusion

Si les investissements considérables dans la santé mondiale menés dans le cadre des Initiatives ont permis d'enregistrer d'excellents résultats à court terme dans certains domaines, les systèmes de santé nationaux restent fragiles et ne sont pas toujours aux commandes. Dans un contexte d'essor des besoins et de stagnation, voire de baisse des fonds, le changement est essentiel pour garantir une plus grande efficacité. Aucun participant à notre consultation n'a soutenu que le statu quo devait être la voie à suivre. Certains, minoritaires, ont défendu l'idée d'un changement radical (abolition des Initiatives pour la santé mondiale sous leur forme actuelle). La majorité s'est exprimée en faveur du maintien des Initiatives, mais en précisant qu'elles devaient se transformer en profondeur pour aider plus efficacement les pays à atteindre la CSU – et toutes ses composantes – sur le long terme.

**Les changements suggérés s'appliquent au niveau de l'écosystème comme de chaque Initiative : le modèle de fonctionnement actuel doit donc sensiblement évoluer, en particulier pour les Initiatives qui fournissent des fonds et des produits de base directement aux pays. Les modifications proposées visent à :**

- passer d'un mode de prestation et de soins cloisonné par maladie à un mode intégré ;
- soutenir les systèmes de santé dans leur ensemble au lieu d'aider des pans verticaux en leur sein ;
- rationaliser les systèmes des Initiatives (en leur sein et entre elles) pour en faciliter la gestion et en renforcer l'efficacité au niveau national ;
- tracer une voie plus claire pour mettre fin à la dépendance aux Initiatives, en renforçant les capacités des pays tout en clarifiant la transition ;
- faire de l'harmonisation des Initiatives un indicateur de performance clé pour elles comme pour leurs bailleurs de fonds ;
- veiller à ce que les bailleurs de fonds s'engagent à renforcer l'architecture existante et à limiter la prolifération des Initiatives.

Les acteurs mondiaux et nationaux de la santé doivent assurer la sélection, le développement, le séquençage et le déploiement des changements recommandés.



# \_\_\_\_\_1 Contexte



# 1 Contexte

Le processus intitulé « Avenir des Initiatives pour la santé mondiale » (*Future of Global Health Initiatives*, FGHI) est une démarche multipartite actuellement mise en œuvre : il vise à étudier comment les Initiatives pour la santé mondiale peuvent accélérer la progression des pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle, et plus globalement de l'Agenda 2030 des Objectifs de développement durable (ODD). Le processus, qui a débuté en 2022, vise à émettre des recommandations sur la manière dont les Initiatives peuvent gagner en efficacité, en efficacité et en équité et favoriser une action collective pour s'assurer de leur adéquation à l'horizon 2030 et au-delà (1). Alors que le délai des ODD approche pour les pays, il est important d'analyser les modes de soutien apportés par les différentes Initiatives aux pays, afin de développer des capacités clés pour assurer la couverture sanitaire universelle (CSU)<sup>2</sup> et les ODD au sens large. Ce rapport présente les résultats d'une étude de la portée et d'une série de consultations rapides et d'entretiens individuels menés pour recueillir des points de vue sur l'évolution que pourraient connaître les Initiatives pour la santé mondiale en vue de soutenir ce processus au cours des 10 à 20 prochaines années.

Commandité par le Wellcome Trust, ce travail a été réalisé par un consortium de cinq universités entre février et juillet 2023. Il visait à étayer le processus FGHI en réunissant des éléments concrets sur le soutien optimal que peuvent apporter les Initiatives pour développer les capacités des systèmes de santé nécessaires pour assurer la CSU. L'étude avait pour objectif d'élaborer une vision et des recommandations, d'après les points de vue des pays destinataires, sur le profil que devraient ou pourraient avoir les Initiatives dans 15 à 20 ans pour accélérer la réalisation de la CSU.

Ce processus portait sur six Initiatives (tableau 2), qui diffèrent à la fois par leur structure et leur fonction : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), l'Alliance du vaccin Gavi, le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), Unitaid, la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIND) et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI).

Les Initiatives<sup>3</sup> sont des partenariats internationaux qui visent à atteindre des objectifs spécifiques en matière de santé mondiale. Elles sont en place depuis le début des années 2000. En parallèle, plusieurs actions ont été menées pour coordonner le nombre croissant d'acteurs de la santé mondiale et améliorer l'efficacité et la coordination de l'aide au développement en matière de santé (ADS) en général (voir la frise chronologique en figure 1).

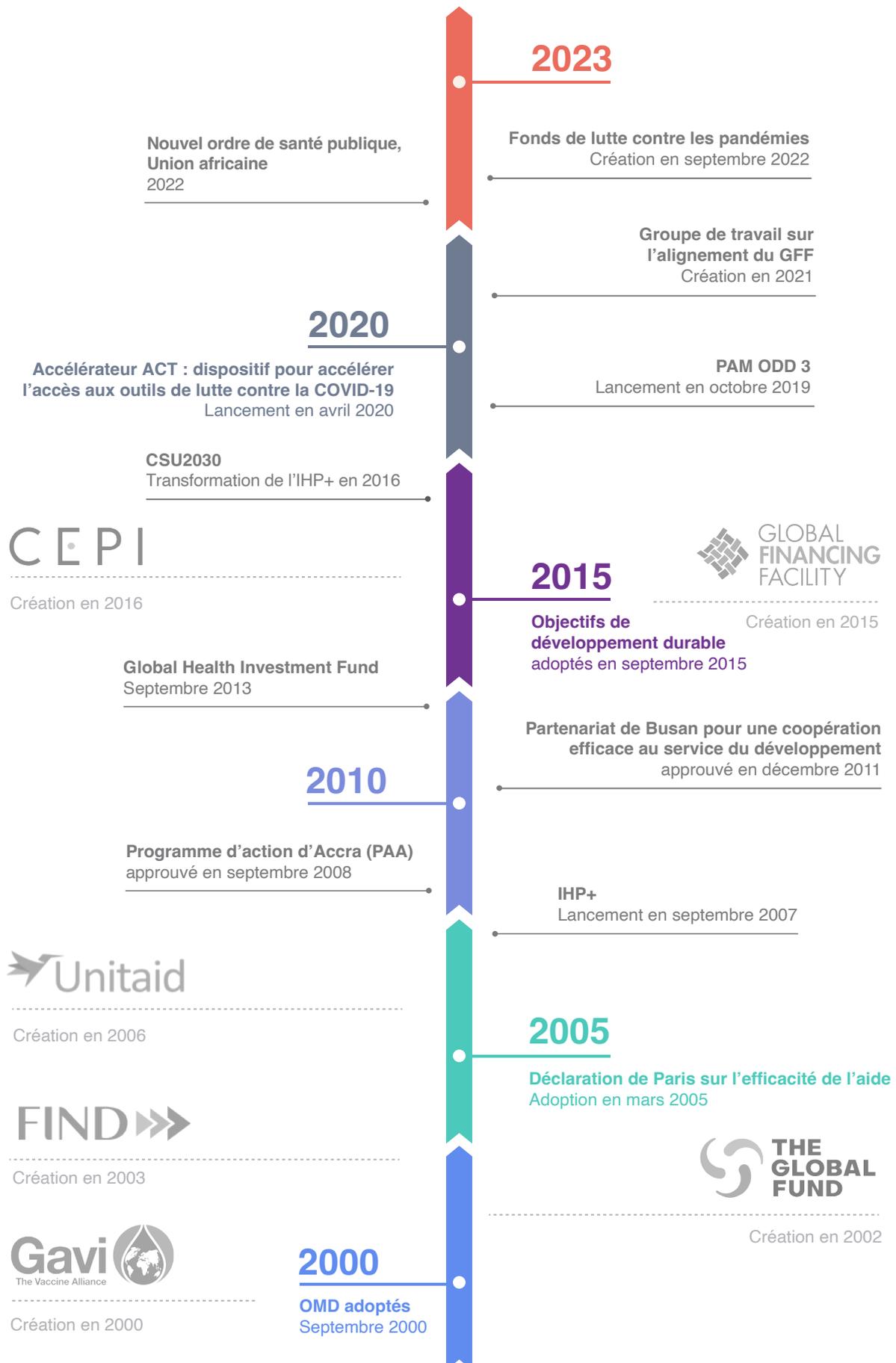
---

2 Le processus FGHI s'appuie sur la définition de la CSU (2) donnée par l'OMS selon laquelle les SSP en sont un pan essentiel. Cette définition met aussi l'accent sur les soins primaires et les initiatives communautaires, la mobilisation communautaire et l'action multisectorielle.

3 Le terme « Initiative pour la santé mondiale » désigne les organisations qui intègrent les actions des parties prenantes du monde entier pour mobiliser et déboursier les fonds afin de résoudre les problématiques sanitaires, en soutenant la mise en œuvre de programmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (1).

Figure 1

Chronologie de la mise en place des Initiatives pour la santé mondiale et des actions de coordination depuis 2000





## \_\_\_\_\_ **2** Objectifs de l'étude



## 2 Objectifs de l'étude

L'étude propose ce qui suit :

- 1 Présenter une vision de ce que ces Initiatives devraient chercher à réaliser sur les 15 à 20 prochaines années afin de renforcer les capacités des systèmes de santé et d'avoir des répercussions notables sur la santé.
- 2 Analyser l'ampleur des évolutions que devront connaître les mandats et les méthodes de travail actuels des Initiatives pour la santé mondiale afin de concrétiser cette vision de manière efficace, efficiente et équitable, et étudier les facteurs contextuels qui favoriseraient ou entraveraient un tel changement.
- 3 Fournir des recommandations sur les modalités et le calendrier des évolutions à apporter aux mandats et méthodes de travail actuels des Initiatives

L'équipe a été invitée à mener son étude sous l'angle de la CSU et à se concentrer sur les expériences et les besoins des pays dans le cadre des Initiatives.

Il convient de noter que cette étude ne visait pas à évaluer une Initiative spécifique. Il s'agit d'une consultation sur l'aide que certaines des grandes Initiatives pour la santé mondiale, en tant que groupe, apportent aux pays pour atteindre et maintenir la CSU, et pour proposer des changements pour renforcer l'ensemble du système.



3

# Données et méthodes



# 3 Données et méthodes

## 3.1 Source des données

L'étude s'appuie sur plusieurs sources de données :

**Bref examen de la portée**  
de documents examinés par les pairs et issus de la littérature grise



77 participants  
271 documents

**Données sur le financement de la santé et le fardeau des maladies**



46 participants

**Entretiens des informateurs clés (IC) au niveau mondial**



76 informateurs

**Trois études de cas approfondies de pays**



22 participants  
63 informateurs

**Consultations régionales** menées auprès de parties prenantes dans les six régions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)



**Enquête en ligne** ciblant les IC qui n'ont pas pu participer aux entretiens ou consultations, ainsi que les membres des conseils d'administration des Initiatives



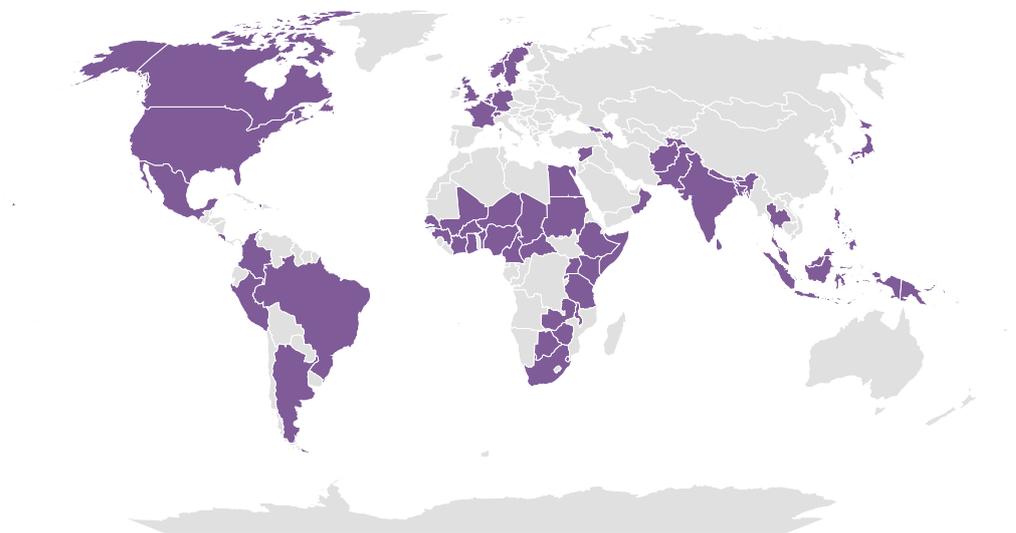
**Réunions consultatives**, y compris celle co-organisée par les *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) à Addis-Abeba (Éthiopie), en juin 2023 pour aborder les constatations préliminaires (tableau 1)



Les participants à l'étude (335 au total) venaient de 66 pays (figure 2).

Les participants à l'étude ont été sélectionnés expressément en fonction de leur niveau d'expérience avec les Initiatives et de leur appartenance aux groupes concernés (Initiatives, universités, donateurs multilatéraux ou bilatéraux, OSC, secteur privé et fondations philanthropiques). Une première liste d'informateurs a été élaborée par le secrétariat du processus FGHI, puis finalisée par le réseau du consortium de recherche. Durant l'étude, de nouveaux IC ont été ajoutés à partir des suggestions des personnes interrogées (effet boule de neige).

**Figure 2** Distribution globale de tous les participants à l'étude (335)



**Tableau 1 | Nombre et catégorie de participants à l'étude par source de données**

Source de données	Nombre de participants	Catégorie des participants
<b>Entretiens au niveau mondial</b>	76	Initiatives (18), universitaires (11), donateurs multilatéraux (16), donateurs bilatéraux (15), OSC (10), secteur privé (4), fondations (2)
<b>Entretiens au niveau national (Afrique du Sud, Pakistan, Sénégal)</b>	63	Gouvernements (22), OSC (10), universitaires (10), partenaires de la mise en œuvre (4), partenaires techniques/financiers (6), programmes nationaux et provinciaux de lutte contre les maladies (4), prestataires de l'assistance technique (1), donateurs multilatéraux (3), organisations régionales (2), secteur privé (1)
<b>Consultations régionales (les six régions de l'OMS)</b>	77	Donateurs multilatéraux (23), OSC (23), gouvernements assurant la mise en œuvre (17), universitaires (11), partenaires de mise en œuvre (3)
<b>Consultation de la coalition des partenariats pour le développement de produits (PDP)</b>	6	Membres de partenariats pour le développement de produits (6)
<b>Enquête en ligne ciblée</b>	46	Universitaires (15), OSC (11), Initiatives (6), gouvernements assurant la mise en œuvre (4), donateurs bilatéraux (4), donateurs multilatéraux (4), fondations (1), autres (2)
<b>Réunion consultative hybride coordonnée par les CDC africains</b>	45 (30 en présentiel)	En personne : Gouvernements (9), FGHI (4), OSC (4), donateurs multilatéraux (3), organisations régionales (3), CDC Afrique (3), donateurs bilatéraux (2), fondations (2) En ligne : OSC (2), partenariat sur le développement de produits (1), gouvernements (2), fondations (5), donateurs bilatéraux (2), consultants indépendants sur la santé mondiale issus du continent africain (1), donateurs multilatéraux (1), universitaires (1)
<b>Réunion de consultation du groupe de pilotage du processus FGHI</b>	22	Donateurs multilatéraux (2), gouvernements bénéficiaires (3), OSC (2), donateurs bilatéraux (8), fondations (5), FGHI (2)
<b>Nombre total de participants à l'étude*</b>	<b>335</b>	OSC (62, soit 19 %) Gouvernements (57, soit 17 %) Donateurs multilatéraux (52, soit 16 %) Universitaires (48, soit 14 %) Donateurs bilatéraux (31, soit 9 %) Initiatives (24, soit 7 %) Fondations (15, soit 4 %) PDP (7, soit 2 %) FGHI (6, soit 2 %) Secteur privé (5, soit 1 %) Autres (29, soit 8 %)

\*Certains participants ont peut-être été comptabilisés deux fois (par exemple s'ils ont participé à un entretien et à une consultation)

## 3.2 Analyse des données

Toutes les sources de données ont été synthétisées pour servir de base à ce rapport. Les données qualitatives ont été enregistrées, transcrites et codées de manière inductive et déductive. Les chercheurs se sont réunis pour discuter des résultats et, au cours de l'analyse, ils ont examiné les similitudes et les différences au sein des Initiatives et sur l'ensemble des catégories de participants. L'intégralité de l'étude a été réalisée sous l'angle de l'analyse politique de l'économie (APE) (3–7) pour servir de base à l'analyse et à la synthèse. Cette approche a permis à l'équipe de réfléchir aux interactions dynamiques entre les intervenants, à leur pouvoir relatif et aux incitations et intérêts respectifs, ainsi qu'au contexte au sens large. L'équipe a aussi pu étudier l'impact de ces interactions sur la probabilité et la nature des changements futurs. Tous les détails des méthodes utilisées pour cette étude sont disponibles à l'annexe 1.

## 3.3 Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université de Genève, de l'Université Cheikh Anta Diop, de Stellenbosch University et de Aga Khan University. Les participants à l'étude ont donné leur consentement éclairé pour l'enregistrement et la pseudonymisation des données qualitatives, ce qui les protège de toute identification.

## 3.4 Limites de l'étude

Dans le cadre de cette étude, des méthodes adaptées ont été suivies pour mener un ensemble rapide de consultations sur des questions complexes (voir l'Annexe 1 pour plus de détails). Cette étude visait à recueillir les points de vue de parties prenantes : ces experts de haut niveau se distinguaient par leur connaissance pointue du fonctionnement des Initiatives et leurs différentes grilles de lectures sur le sujet, formant ainsi un tableau de tous les pans essentiels du système de santé mondial.

Il faut souligner plusieurs limites à ce travail, dues en grande partie à son calendrier serré. Les données que nous avons recueillies étaient qualitatives et basées sur des entretiens, des consultations et une revue rapide et non systématique de la littérature. Les points soulevés lors de nos consultations n'ont pas pu tous être vérifiés et étayés par des données quantitatives contrôlées de manière indépendante. Cela s'explique notamment par le fait qu'il n'existait aucune base de données systématique sur le travail et les effets des Initiatives depuis leur création. Il convient aussi de souligner que c'est un sujet qui prête au débat et que des points de vue divergents se sont exprimés, ce que nous essayons de mettre en évidence dans ce rapport.

Les études de cas de pays n'avaient pas vocation à être un échantillon représentatif : elles ont été choisies en raison des solides partenariats de recherche en place dans les pays concernés et du fait qu'elles représentaient une diversité de régions et de contextes où interviennent les Initiatives. Les constatations effectuées au niveau d'un pays n'ont pas vocation à être généralisées à d'autres contextes, mais à faire la lumière sur la dynamique autour des Initiatives et les différentes expériences des parties prenantes des pays.



# \_\_\_\_\_ 4 Constatations



## 4 Constatations

Cette section présente un aperçu de l'évolution des Initiatives au sein du système de santé mondial, ainsi qu'un résumé des difficultés à venir liées à l'évolution du contexte mondial. Elle est suivie d'un résumé des points forts et des points faibles des Initiatives, qui s'appuient sur les ressentis des participants aux consultations et aux entretiens, ainsi que sur notre étude de la portée et les réflexions sur l'économie politique du fonctionnement actuel des Initiatives aux niveaux mondial et national. Nous nous sommes également basés sur les enseignements de notre étude de la portée, mais il convient de noter que les éléments concernant une grande partie des activités et des investissements des Initiatives sont encore relativement peu développés. C'est notamment le cas au niveau national, pour lequel il est souvent difficile de trouver des publications exhaustives libres d'accès sur l'ampleur et la nature des opérations des Initiatives.

L'ensemble de ces constatations ont permis de nourrir la vision et les recommandations proposées. Une description complète des méthodes et des résultats de chaque source de données est résumée dans les annexes.

### **Positionnement et sensibilisation des participants**

Les données ont révélé des perspectives divergentes sur le rôle et la future trajectoire possible des Initiatives. Certains intervenants nationaux, responsables de la mise en œuvre et bailleurs de fonds étaient partisans d'une approche progressive pour mener les changements, tandis que d'autres intervenants nationaux, organisations multilatérales et universitaires avaient tendance à être plus radicaux. On constate néanmoins de nombreuses différences au sein de ces groupes. Il est à noter que certains points de vue étaient étonnamment critiques au sein des Initiatives elles-mêmes.

Au cours des entretiens et des consultations, les IC ont davantage parlé du FMSTP et du Gavi que des quatre autres Initiatives, ce qui ressort dans les conclusions. C'était prévisible, compte tenu de leur taille, de leur niveau d'activité et de leur durée d'existence dans les pays. Si le GFF est aussi en lien direct avec les pays, il n'est pas présent dans tous les pays et il est plus récent. Par ailleurs, les IC connaissaient mal son rôle, notamment sa relation avec la Banque mondiale. Nos conclusions sont donc moins riches sur le GFF et sur les Initiatives axées sur la R&D qui collaborent moins avec les pays.

Dans cette section, nous indiquons dans la mesure du possible si une problématique est spécifique à une ou deux Initiatives. Compte tenu des grandes différences entre les Initiatives sélectionnées pour l'étude, les points soulevés ne se réfèrent pas à toutes les Initiatives. Cependant, l'analyse et l'interprétation de toutes les données ont permis de dégager des caractéristiques générales valables pour toutes les Initiatives.

### **4.1 Tendances du financement et intervenants dans la santé mondiale**

L'écosystème de la santé au niveau mondial s'est beaucoup développé ces dernières décennies, en partie dans le cadre des actions visant à atteindre les OMD (10). Le financement total des interventions de santé mondiale est passé d'environ 7 milliards de dollars en 1990 à 36 milliards de dollars en 2015 (9) et n'a cessé d'augmenter ces dernières années grâce à des investissements exceptionnels pour répondre à la pandémie de COVID-19. En 2021, l'ADS a augmenté de 8,6 % par rapport à 2020, avec un investissement estimé à 67,4 milliards de dollars en 2021.

Le nombre et la diversité des intervenants au sein du système se sont aussi beaucoup accrues (10). Si les accords bilatéraux et multilatéraux entre États-nations étaient majoritaires il y a 30 ans, la situation actuelle est très hétérogène, car on trouve également des entreprises privées, des fondations philanthropiques, des organisations non gouvernementales (ONG) et les Initiatives pour la santé mondiale (11). Entre 1990 et 2015, l'augmentation des déboursés de l'ADS s'est accompagnée d'une multiplication par cinq du nombre de acteurs impliqués dans la santé mondiale, avec une croissance particulièrement rapide du nombre d'OSC entre 2005 et 2011 (11). En outre, la distribution de l'ADS via les Initiatives a connu une nette augmentation suite à la création du FMSTP et du GAVI (13). Les financements accordés par les Initiatives aux partenaires ont aussi changé : selon une analyse récente, la part des fonds déboursés par le

FMSTP en faveur des organisations gouvernementales a baissé, passant de 80 % en 2003 à 40 % de l'ensemble des déboursments en 2021 (14). Un grand nombre des OSC qui ont reçu des financements sont axées sur des domaines de santé spécifiques : selon plusieurs travaux, plus d'un tiers des canaux des OSC ne finance que la mise en place de programmes dans un domaine précis de santé, comme le VIH/SIDA, le paludisme, la santé infantile et maternelle ou la nutrition (11).

Ces changements se sont accompagnés d'une baisse concomitante du pourcentage de l'ADS accordée sous forme de prêts de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) et de l'Association internationale de développement (AID) dans le domaine de la santé, ainsi que de l'émergence de quatre « mégatendances » : la prolifération, la verticalisation, le contournement des systèmes gouvernementaux et la fragmentation (15). Ces tendances n'aident pas les pays à atteindre la CSU et les ODD au sens large.

## Encadré 1

### Flux financiers officiels et architecture de l'aide

Une récente analyse de la Banque mondiale (15) est arrivée aux conclusions suivantes :

- L'augmentation de l'ADS s'est accompagnée d'une forte hausse de la prolifération des donateurs et des entités donatrices au cours des vingt dernières années.
- Les tendances de prolifération et de fragmentation se sont accompagnées de la verticalisation des aides et du contournement des systèmes gouvernementaux.
- Si les programmes verticaux ont eu de nombreux avantages, ils n'ont pas contribué à une architecture d'aide « adaptée à l'objectif » pour relever les défis de demain, comme le vieillissement de la population, le climat, les pandémies, etc.
- La fragmentation et le chevauchement sapent aussi l'efficacité et la pérennité, tout en augmentant les coûts de transaction pour les pays.
- L'architecture de l'aide étant de plus en plus complexe, le développement devient plus difficile pour les pays pauvres, qui ont du mal à faire face aux crises qui se chevauchent.

Trois autres caractéristiques permettent aussi de comprendre les flux de ressources vers la santé. Tout d'abord, les budgets de la santé de nombreux pays à faible revenu (PFR) et touchés par des crises humanitaires dépendent encore davantage des subventions et de l'ADS globale que de nombreux autres secteurs (15). Les subventions sont jugées logiques dans la santé, car les retours ne sont pas pécuniaires, les effets externes sont importants et positifs et les destinataires sont souvent dissociés de ceux qui rembourseront le prêt. Plus d'un tiers de l'aide publique au développement (APD) est attribuée aux secteurs sociaux (15). C'est aussi probablement l'illustration d'un décalage entre d'une part la priorité accordée par les donateurs au secteur de santé et aux programmes de santé spécifiques (comme le VIH/SIDA, la SRMNIANut, le paludisme, la vaccination) (19, 20) et d'autre part l'attribution des ressources au niveau national. Les faibles niveaux de financements nationaux alloués à la santé (qui ont même baissé dans certains pays<sup>4</sup> entre 2015 et 2020 (21)) indiquent peut-être aussi que les gouvernements profitent de l'intérêt manifesté par les donateurs pour la santé pour réorienter les ressources vers des secteurs plus négligés (22, 23, 24).

L'ADS est particulièrement importante dans les pays à faible revenu : en 2021, elle ne représentait que 0,5 % des dépenses totales de santé dans le monde, mais 27,7 % des dépenses totales de santé dans les pays à faible revenu et 2,4 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. En 2021, les programmes de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme ont reçu près de 23 % du total de l'ADS (11).

Deuxièmement, malgré la part importante de l'APD consacrée à la santé, le portefeuille global de financements disponibles pour la santé et la réalisation des ODD est insuffisant. Dès lors, il s'avère nécessaire d'améliorer l'accès à un financement flexible et concessionnel à long terme pour tirer parti des montants disponibles : les pays pourront ainsi orienter les budgets de la santé vers la réalisation de la CSU ; c'est particulièrement le cas d'un groupe de pays à faible revenu et fragiles qui peinent en termes absolus à répondre à leurs besoins sanitaires de base (25, 26, 27).

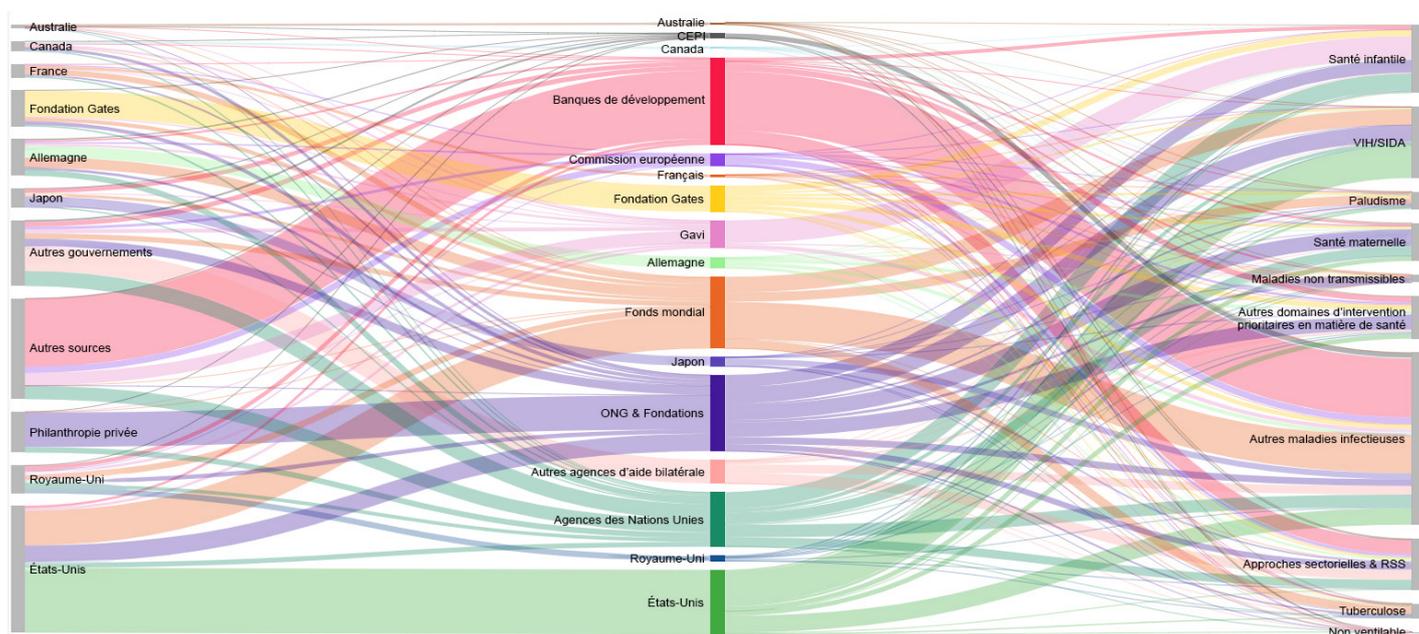
4 Algérie, Angola, Lesotho, Madagascar, Namibie, Nigeria, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe

Il sera important d'établir des priorités dans les approches qui visent à attirer ces financements dans le secteur de la santé.

En troisième lieu, des éléments montrent que les niveaux de financement alloués aux différents programmes par les donateurs ne sont pas adaptés au fardeau des maladies qu'ils traitent. Les pays à faible revenu sont confrontés à une transition épidémiologique vers les maladies non transmissibles (MNT) : selon la dernière étude sur le fardeau mondial des maladies, six des dix maladies principales étaient des MNT (28). Or les MNT ne reçoivent actuellement que 2,8 % de l'ADS dans le monde (29).

Sur la figure 3 ci-dessous, qui montre le total des dépenses en dollars pour tous les canaux de l'ADS en 2021, on constate que certains programmes de lutte contre des maladies bénéficient d'une part disproportionnée des fonds. Cependant, il est à noter qu'il est compliqué de faire concorder le financement mondial de la santé avec le fardeau des maladies et que cette relation ne doit pas forcément être linéaire (30).

**Figure 3** Flux du financement de la santé mondiale en 2021 (source : IHME VizHub, 2021 (31))



## 4.2 Présentation des Initiatives centrales

Depuis leur création, les Initiatives sont devenues des institutions puissantes à part entière, en raison des ressources financières qu'elles mobilisent et du rôle spécifique qu'elles occupent aujourd'hui dans le paysage mondial de la santé au sens large (32). Elles ont été mises en place pour lutter contre les menaces sanitaires mondiales, réduire les disparités au sein des communautés et entre les nations, et contribuer à un monde où les populations mènent une vie plus saine, plus sûre et plus longue (33). Elles ont aussi été instaurées pour coordonner la réponse à des difficultés spécifiques jugées très importantes au sein de la santé mondiale à des moments précis (comme l'accès aux antirétroviraux au début des années 2000). Elles ont ainsi réduit la fragmentation des flux de l'ADS via des canaux bilatéraux.

Au cours des dernières décennies, de nombreuses Initiatives se sont développées rapidement et sont devenues des intervenantes majeures du système de santé mondial. Elles interviennent aux niveaux mondial, régional et national. Certaines des Initiatives les plus anciennes, comme le FMSTP et le Gavi, sont devenues de grandes organisations complexes, dotées de secrétariats dont la taille reflète cette croissance institutionnelle. Elles ont inévitablement développé leurs propres dynamiques et priorités internes. Les Initiatives collectent et acheminent aujourd'hui 14 % de l'ADS (13) et occupent un nombre croissant de fonctions, comme dernièrement sur la réponse apportée à la pandémie de COVID-19 (34).

Les Initiatives pour la santé mondiale incluses dans ce processus diffèrent par leur taille, leur structure et leur fonction ; dans le cadre de leurs diverses activités, leur approche et leur influence peuvent beaucoup varier. Il est important de noter que les six Initiatives analysées ici représentent un petit échantillon du nombre total d'Initiatives. À ce titre, le nombre élevé d'Initiatives fait partie des difficultés posées par la fragmentation auxquels de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) sont confrontés. Les six Initiatives analysées ici ont les fonctions suivantes :

- le façonnage du marché (y compris les achats groupés)<sup>5</sup> et le niveau avancé de mobilisation du marché ;
- la recherche et le développement (R&D) de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments ;
- l'apport de subventions<sup>6</sup> et/ou de financements concessionnels et mixtes (avec des prêts et des dons) à des intervenants et des programmes nationaux, directement ou via une tierce partie ;
- l'offre d'assistance technique (AT) pour des programmes spécifiques ou le renforcement de systèmes ;
- l'achat et la fourniture de produits et de technologies pour le compte de programmes nationaux ;
- le plaidoyer, notamment en faveur des groupes marginalisés et défavorisés.

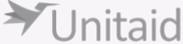
---

5 Le façonnage du marché est un processus visant à améliorer l'accès et l'accessibilité aux biens publics mondiaux. On pense qu'il accroît la pérennité du financement et réduit la dépendance à l'égard des donateurs (35).

6 Des subventions peuvent être accordées pour une variété de programmes, notamment de prévention et de contrôle des maladies, de santé publique et sur les fonctions du système de santé.

Tableau 2

## Aperçu des initiatives de santé mondiale qui entrent dans le cadre de l'étude

Initiative	Créée	Objectif	Poids approximatif	Type de financement	Fonction
<b>Modèle de financement basé principalement sur les subventions</b>					
	2002	Attirer, mobiliser et investir des ressources supplémentaires pour mettre fin aux épidémies de VIH, de TB et de paludisme, réduire les inégalités en matière de santé et soutenir la réalisation des ODD	5,2 milliards de dollars par an <sup>7</sup>	Principalement des subventions coordonnées par l'intermédiaire d'une instance de coordination nationale dirigée par les pays	Soutien en lien direct avec les pays (principalement via des subventions et une assistance technique) pour des programmes de lutte contre les maladies et le renforcement des systèmes de santé/l'équité relative à ces programmes. Soutien au développement et à l'approvisionnement de médicaments et de technologies
	2000	Sauver des vies et améliorer la santé des personnes en renforçant l'utilisation équitable et durable des vaccins	2,6 milliards de dollars par an	Cofinancement pour l'achat de vaccins Subventions pour le renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSSV) ; support technique. Façonnage du marché	Soutien en lien direct avec les pays (principalement via des subventions et une assistance technique) pour des programmes de vaccination et le renforcement des systèmes de santé/l'équité relative à ces programmes. Soutien pour l'achat de vaccins.
	2006	1 - Accélérer l'introduction et l'adoption de produits de santé clés 2 - Créer des conditions systémiques pour un accès durable et équitable 3 - Favoriser des partenariats inclusifs et axés sur la demande pour l'innovation	210 millions de dollars par an	Subventions accordées à la suite d'un appel à propositions ouvert	Investissement pour accélérer le développement, l'introduction et l'adoption de nouveaux produits de santé et pour créer des conditions de marché durables pour un accès équitable via les responsables de la mise en œuvre au niveau mondial, régional ou national.
	2003	Favoriser un accès équitable à un diagnostic fiable via des actions collectives	Augmentation de 60 à 150 millions de dollars pendant la COVID-19	Subventions accordées à la suite d'appels à propositions	Investissement dans la recherche et le développement de nouveaux diagnostics
	2016	Accélérer le développement de vaccins et d'autres contre-mesures biologiques contre les menaces épidémiques et pandémiques pour qu'ils soient accessibles à tous	200 millions de dollars par an (36)	Subventions accordées à la suite d'un appel à propositions ouvert	Recherche et développement au niveau mondial sur de nouveaux vaccins et d'autres mesures de prévention des épidémies/pandémies
<b>Modèle de financement basé sur la mobilisation de financements concessionnels</b>					
	2015	Mettre fin à tous les décès évitables de mères, d'enfants et d'adolescents d'ici 2030, grâce à une approche de renforcement des systèmes de santé	Fonds fiduciaire multidonateurs de 2 milliards de livres sterling, intégré à la Banque mondiale	Les subventions visent à favoriser le financement des banques multilatérales de développement et la mobilisation des ressources nationales. En moyenne, pour chaque dollar de subvention du GFF, la Banque mondiale apporte une contribution de 7 \$.	Soutien en lien direct avec les pays (financement initial et assistance technique) inscrit dans un vaste dossier d'investissement, où le gouvernement est le responsable de la mise en œuvre des subventions. Les liens avec la Banque mondiale permettent de travailler avec d'autres acteurs que le ministère de la Santé. Travaille dans le cadre des systèmes gouvernementaux existants et à leurs côtés.

7 Chiffre obtenu en divisant le total de la dernière reconstitution des ressources par le cycle de trois ans ; il ne s'agit pas d'une mesure des dépenses réelles par an.

Ces six Initiatives sont réparties en trois groupes. On trouve deux grandes initiatives (en matière de budget) qui sont en lien direct avec les pays et qui accordent des subventions (FMSTP et Gavi) (voir l'annexe 5). Toutefois, elles jouent aussi un rôle très actif dans le façonnage du marché et d'autres formes de soutien. Une Initiative plus petite, mais au rôle important et en lien avec les pays, travaille dans le cadre des systèmes gouvernementaux. Elle utilise l'argent d'un fonds fiduciaire pour mobiliser les fonds de l'AID et de la BIRD, et encourage donc des flux plus importants de financement de la santé depuis ces sources (GFF). Enfin, trois plus petites agences axées sur les biens publics mondiaux (BPM) orientent leur action sur les différents éléments de la R&D (Unitaid, FIND, CEPI). La Fondation FIND et la CEPI contribuent à la R&D en amont, tandis que Unitaid privilégie la R&D en aval, le lancement sur le marché et l'accès.

### 4.3 Difficultés futures pour la santé mondiale : un paysage des Initiatives en évolution

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les faiblesses du système de santé actuel au niveau mondial (37) à une époque où le monde est confronté à un grand nombre de difficultés nouvelles et croissantes. Le fardeau mondial des maladies devrait notamment évoluer : les MNT devraient représenter la majorité du fardeau des maladies au niveau mondial d'ici 2040 (38), (39). Les décès attribuables aux maladies transmissibles, néonatales, maternelles et nutritionnelles devraient diminuer dans toutes les régions jusqu'en 2040 (5), tandis que les décès dus aux maladies non transmissibles resteront stables dans le monde, dans un contexte où le fardeau attribuable au diabète, au cancer et aux troubles mentaux augmente régulièrement (ibid). D'autres problématiques de santé mondiale, comme la résistance antimicrobienne (40), les nouvelles épidémies (41), la pollution atmosphérique (42), (43), le changement climatique (21), les conflits armés (44, 45) et l'augmentation de l'espérance de vie/le vieillissement des populations avec des taux de fécondité réduits (39), (46), (47) devraient aussi continuer à générer des changements importants dans les tendances de morbidité et de mortalité. Alors que le fardeau des maladies évolue, un défi considérable reste à relever : la prestation de services de santé de base qui prennent en charge les problèmes médicaux des femmes, enfants et adolescents. Une stagnation a récemment été constatée sur ce point, ce qui suggère une vulnérabilité persistante de nombreux systèmes de santé (48), 49.

Dans le même temps, l'ADS devrait se stabiliser (27) et diminuer, sauf si de nouvelles sources sont identifiées (par exemple, si les économies émergentes prennent un rôle plus important de donateurs, bien que cela puisse conduire à de nouvelles conditionnalités). Cela devrait affecter les sources de financement des Initiatives, ce qui rend la planification de la transition pour les Initiatives encore plus urgente. Il est également probable que l'aide sera réattribuée aux nouveaux défis à relever, comme la lutte contre le changement climatique : elle ne sera donc pas allouée à la santé, qui reçoit traditionnellement un montant relativement important de l'APD.

La mobilisation des ressources nationales augmente dans certains pays, mais il restera probablement un groupe important de pays qui, même avec une allocation élevée des recettes publiques, ne pourront toujours pas financer les soins de santé essentiels (27, 50), (20), (27, 50). Ces pays font partie du groupe des pays à faible revenu, ainsi que des États fragiles et touchés par des conflits (EFTC) (44, 45). De nombreux pays, y compris des pays donateurs, devraient également faire face à une réduction de la marge de manœuvre budgétaire (17) et les craintes s'intensifient concernant le surendettement affectant une minorité substantielle de PRFI (51).

Le contexte géopolitique est également susceptible de rester houleux ; un monde multipolaire constitue un enjeu pour résoudre les problèmes mondiaux, et des chocs de toutes sortes devraient se produire au cours des vingt prochaines années, ce qui créera de nouveaux défis sanitaires et augmentera potentiellement la migration précaire (52). Compte tenu de la croissance du nombre de réfugiés ces dernières années, des approches plus globales sont nécessaires pour résoudre des problèmes qui dépassent les frontières nationales (53).

Les nouvelles technologies utilisées pour répondre aux problèmes de santé devraient également continuer à croître (54, 55) ; c'est évidemment un développement positif, mais cela créera aussi des charges financières, avec des choix à opérer pour les budgets restreints. Il sera donc de plus en plus important d'apprendre à définir les priorités au niveau local.

## 4.4 Contribution positive des Initiatives pour la santé mondiale à ce jour

Le mandat, la structure et la durée d'existence des Initiatives sont très hétérogènes (tableau 1 ; annexes 4 et 5) ; les études et les consultations mettent en évidence des victoires importantes des Initiatives dans des domaines transversaux, que nous synthétisons ici.

### 4.4.1 Contribution à l'amélioration des résultats en matière de santé

Les Initiatives ont surtout contribué à la réduction du fardeau mondial des maladies pour le VIH, le paludisme, la TB et les maladies de l'enfance et de l'adolescence évitables par la vaccination (en particulier le FMSTP et le Gavi) (56, 57, 58, 59). En outre, les pays du GFF affichent un taux annuel moyen de changements dans la planification familiale et la vaccination plus élevé que les pays éligibles au GFF<sup>8</sup> (60, 61). Cependant, leur utilisation des données de routine ne permet pas d'établir facilement la contribution directe à ces résultats. Les IC ont reconnu que les Initiatives ont permis de mettre l'accent sur des points que les gouvernements n'avaient pas tous jugés prioritaires. Toutefois, des questions se posent (voir ci-dessous) sur les stratégies adoptées, car il reste à définir si elles présentaient le meilleur rapport coût-efficacité.

*« Le Gavi et le Fonds mondial ont été une source évidente de nouveaux fonds. Ils ont donné une priorité politique à leurs domaines d'intervention et ont réuni des coalitions. Ils ont apporté leur soutien à des institutions nationales et à des pays, et ils ont enregistré des victoires tangibles en matière de vaccination et de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme. »* (IC mondial)

### 4.4.2 Financement innovant et façonnage du marché

Les Initiatives sont reconnues pour leur rôle de promotion et de soutien des nouveaux mécanismes de financement. En voici quelques exemples : la taxe aérienne pour Unitaid (62, 63) ; la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm), qui a déboursé 4,6 milliards de dollars depuis 2006 pour soutenir les vaccinations du Gavi (64), le fonds de contrepartie du Gavi (65), le mécanisme de marché garanti, ainsi que le programme Debt2Health du FMSTP. (63, 64, 66, 67).

Elles ont également participé activement au façonnage du marché et à l'utilisation de subventions pour encourager les investissements dans les BPM<sup>9</sup> et faire baisser le prix des produits de base et des technologies grâce aux partenariats public-privé (PPP), aux communautés de brevets<sup>10</sup> et aux achats groupés, par exemple pour la thérapie antirétrovirale, la polythérapie, les vaccins contre le pneumocoque et les diagnostics (par exemple GeneXpert (71)), ainsi que pour la production de moustiquaires en Afrique.

*« [Les Initiatives sont] essentiellement des donateurs pour nous. Elles jouent un rôle crucial pour aider à dimensionner les interventions dans la phase initiale, durant la phase où elles ont besoin de créer leurs propres marchés. »* (IC de la consultation de la coalition des PDP)

### 4.4.3 Assurer l'accès aux vaccins et aux autres produits de base et technologies

L'une des principales contributions, notamment du Gavi, de Unitaid et du FMSTP, a été d'améliorer l'accès aux vaccins, médicaments, technologies et autres BPM (66), (72). Chaque année, environ la moitié des investissements du FMSTP – à peu près 2 milliards de dollars – sont utilisés pour acheter des médicaments et des produits de santé pour traiter la TB, le VIH et le paludisme (73).

---

8 GFF, communiqué direct, 27 juillet 2023

9 Les BPM peuvent être définis comme des institutions, des mécanismes et des résultats offrant des avantages quasi universels, couvrant plus d'un groupe de pays, plusieurs groupes de population et s'étendant aux générations actuelles et futures (68)

10 Unitaid a fondé la Communauté de brevets des médicaments en 2010, qui a été décisive dans la négociation de licences volontaires avec les détenteurs de brevets pour améliorer l'accessibilité et l'accès aux médicaments pour les PRFI. Cela s'est avéré particulièrement efficace pour les médicaments contre le VIH, la TB et l'hépatite C (69), (63), (70).

Le Gavi consacre aussi une grande partie de ses fonds à l'achat de produits de base. Autres exemples : Unitaid et le FMSTP ont aussi fourni des machines de diagnostic GeneXpert aux laboratoires de référence de la TB(71). Au Sénégal, FIND et Unitaid ont récemment investi dans la fabrication locale de tests de diagnostic rapide abordables pour certains virus, comme la COVID-19, dans la région Afrique, dans le cadre d'un PPP avec l'Institut Pasteur de Dakar (74), (75) (annexe 10).

#### **4.4.4 Coordination des donateurs autour de programmes spécifiques pour la santé au niveau mondial**

Dans un contexte où les Initiatives regroupent les financements entre les donateurs pour certains programmes au niveau mondial, certains estiment qu'elles ont favorisé la coordination des donateurs pour certains objectifs spécifiques, comme la vaccination. Toutefois, comme elles contribuent à la prolifération, il y a aussi des points de vue opposés (voir section suivante).

L'étude a identifié certains domaines de progrès récents dans l'harmonisation mondiale auxquels les Initiatives ont participé, comme l'Accélérateur ACT, le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, l'Accélérateur du financement durable de la santé qui fait partie du plan d'action mondial (ou PAM) de l'ODD3 (76), le Global Supply Chain Finance Forum (pour établir les liens entre les initiatives) 77, et les initiatives de cofinancement avec l'AID. Depuis leur création, le Gavi et le Fonds mondial ont permis d'améliorer la coordination des donateurs dans des domaines spécifiques, comme la vaccination des enfants, le paludisme et la prévention du VIH (avec l'ONUSIDA et le plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida ou PEPFAR).

#### **4.4.5 Mobilisation des fonds, en particulier pour le FMSTP et le Gavi**

Il est difficile de déterminer si les Initiatives ont mobilisé de nouveaux fonds pour la santé mondiale compte tenu de l'absence d'un scénario contre-factuel. Cependant, dans le cas des Initiatives axées sur les subventions, elles ont probablement contribué à une certaine augmentation du financement assuré par les donateurs en mobilisant efficacement de nouvelles sources, comme les fondations philanthropiques. Selon les IC, ce succès est lié à leur action ciblée et à leur capacité à prouver les résultats (voir la section suivante sur les préoccupations exprimées concernant les déclarations sur ces résultats). Les IC évoquent « l'énorme machine de relations publiques » déployée par les grandes Initiatives. Le GFF revendique également une augmentation sensible des fonds mobilisés pour la santé sous forme de prêts supplémentaires de l'AID et de la BIRD : en effet, les subventions du GFF incitent les gouvernements à allouer des fonds à la santé.

Il convient de noter que la majeure partie du financement accordé par les grandes Initiatives qui fournissent des subventions provient de sources publiques et que les sources de financement ont été relativement constantes (27,67).

Pour le façonnage du marché et le financement incitatif, les subventions fournies par les Initiatives peuvent être utilisées pour soutenir des innovations et des projets pilotes spécifiques, et jouer ainsi un rôle de catalyseur. Un exemple a été donné lors de la consultation de la région de l'Asie du Sud-Est (SEARO) : la Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG) puis le FMSTP ont fourni des financements incitatifs pour les PPP de lutte contre la TB en Inde, qui ont ensuite été repris par le gouvernement. La plateforme d'innovation INFUSE du Gavi mobilise les investisseurs commerciaux et philanthropiques pour financer les entrepreneurs et accélérer les innovations (78).

#### **4.4.6 Structures de gouvernance innovantes**

Les conseils d'administration de certaines Initiatives ont été jugés innovants lors de leur mise en place, car ils étaient composés de représentants de plusieurs collèges : pays de mise en œuvre, pays donateurs, OSC et secteur privé. Ainsi, le conseil d'administration du FMSTP propose le même nombre de voix – dix – aux donateurs et aux responsables de la mise en œuvre. Sur les dix voix allouées aux responsables de la mise en œuvre, sept sont des gouvernements. Le Gavi compte aussi des représentants de l'industrie des vaccins et des instituts de santé axés sur la recherche et les techniques. Au lieu d'avoir un conseil d'administration classique, le GFF a créé un Groupe des investisseurs (79), qui inclut une diversité d'intervenants, dont neuf ministres de pays partenaires du GFF, des représentants de la jeunesse et des OSC et un Comité du Fonds fiduciaire (voir l'annexe 4 pour en savoir plus sur les conseils d'administration des Initiatives).

Cependant, l'efficacité et les logiques de pouvoir au sein des conseils d'administration ont souvent été remises en question par les participants à l'étude (voir ci-dessous).

#### 4.4.7 Cibler les populations des régions mal desservies et travailler avec les OSC

L'un des idéaux fondateurs clés à l'origine des Initiatives les plus anciennes, en particulier le FMSTP, était qu'elles pourraient mieux fonctionner que d'autres intervenants de la santé mondiale dans les espaces politiques sensibles ; or c'est une caractéristique qui s'avère cruciale dans de nombreux pays. Le FMSTP, le Gavi et le GFF concentrent tous leur action sur les populations cibles, qui ne sont pas toujours une priorité pour les gouvernements ou que ces derniers n'arrivent pas toujours à atteindre. De nombreux IC ont reconnu que c'était l'une de leurs grandes qualités. Ainsi, pendant les années de déni sur le VIH/sida en Afrique du Sud, le soutien en matière de fourniture d'antirétroviraux par les canaux des OSC était primordial. En outre, certaines Initiatives (notamment le FMSTP, encore une fois) ont intégré les OSC dans l'instance de coordination nationale (ICN), ce qui rehausse le profil et l'influence des OSC au niveau national.

Autre exemple : le Gavi a commencé à investir dans d'autres actions pour atteindre les enfants « zéro dose », à savoir les enfants qui n'ont pas reçu la première dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC1) (80). D'ici 2030, le Gavi souhaite diviser par deux le nombre d'enfants « zéro dose » (81). La stratégie 2021-2025 du GFF mentionne spécifiquement l'équité de genre et le fait d'atteindre « *les populations vulnérables et marginalisées telles que les populations rurales, les réfugiés ou encore les personnes touchées ou déplacées par un conflit ou par le changement climatique* ». Elle indique que leurs opinions seront intégrées dans les enquêtes téléphoniques nationales pour tirer le meilleur parti des expériences des utilisateurs en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (82). Le GFF maintient aussi une action ciblée sur la jeunesse et les OSC qui s'expriment sur leurs plateformes nationales.

#### 4.4.8 Savoir s'adapter

Les Initiatives ont démontré leur capacité d'adaptation au fil du temps dans leurs domaines d'intervention. Voici quelques exemples : modification des processus d'octroi de subventions, revue périodique des indicateurs de performance, lancement de subventions régionales (comme l'Initiative régionale contre la résistance à l'artémisinine dans la région du Mékong (83)) et élaboration d'une Politique relative aux contextes d'intervention difficiles (84). Elles ont démontré leur capacité à assumer de nouveaux rôles en réponse aux urgences, comme la création des partenariats tels que l'ACT-A(85,86) pendant la pandémie de COVID-19 (voir l'annexe 12). Elles ont aussi investi dans de nouveaux domaines, à l'instar du FMSTP qui finance la lutte contre les co-infections et les comorbidités, telles que l'hépatite virale (87) et certains cancers (88). Néanmoins, certains acteurs du système de santé mondial au sens large ont exprimé leurs préoccupations concernant le glissement des mandats (voir ci-dessous).

Les Initiatives qui façonnent le marché ont adapté leur périmètre d'activité. Unitaid se penche sur les questions de propriété intellectuelle, en fournissant des subventions et en façonnant le marché de l'oxygène, en collaboration avec le FMSTP depuis la COVID-19 (89). Elle contribue maintenant à de nouvelles technologies pour favoriser les progrès visant à éliminer le cancer du col utérin (90). FIND a élargi son champ d'action : elle est passée de la TB aux maladies infectieuses au sens large, et maintenant aux maladies non transmissibles. En outre, elle a élargi le dépistage et la surveillance dans le cadre des soins de santé primaires (SSP). Depuis la pandémie de COVID-19, elle a ajouté l'objectif de lutte contre les pandémies. FIND a renforcé son action prioritaire sur les initiatives de façonnage du marché, la R&D pour les produits de surveillance et les tests sur le lieu de soin, et la mobilisation des pays (91).

#### 4.4.9 Avancées récentes dans l'alignement de l'aide des donateurs sur les plans nationaux au niveau des pays

On a récemment constaté une tendance à l'harmonisation des méthodes de travail de certaines Initiatives. C'est ainsi que le GFF met l'accent sur le soutien aux gouvernements pour diriger la coordination et l'harmonisation des partenaires nationaux, y compris les donateurs, grâce au développement et au suivi de la mise en œuvre d'un dossier d'investissement. Le GFF fournit l'AT pour renforcer la cartographie des ressources, la génération et l'utilisation des données au niveau national, ainsi que d'autres fonctions pour renforcer la capacité à piloter ce processus d'alignement. En outre, en privilégiant la fourniture de fonds dans le cadre du budget, par le

biais de canaux publics, et en accordant une priorité accrue aux tendances nationales au sens large, le GFF structure les incitations autour d'indicateurs liés aux déboursments : les pays peuvent avoir accès à davantage de subventions s'ils atteignent un certain seuil d'allocation des ressources nationales. On note aussi une tendance à encourager les pays à allouer plus de ressources nationales aux soins de santé primaires, et à aligner les Initiatives et les autres donateurs pour les dépenses à la marge (92), (93).

« Elles [les Initiatives] tiennent dorénavant compte des plans nationaux, bien que certaines souffrent de leur périmètre trop vaste et de leur absence de priorités réelles. » (IC mondial)

Les Initiatives utilisent de plus en plus le concept d'intégration, bien qu'on ne voie pas clairement dans quelle mesure cela se transpose en pratique.

« Pour les nouveaux financements du Fonds mondial et du Gavi, l'accent est beaucoup mis sur l'intégration et l'assistance via un ensemble essentiel de services de santé. Nous ne savons toujours pas comment cela va se concrétiser. » (Participant à la réunion consultative hybride).

Pour certains programmes, le financement commun au niveau national est également considéré comme une avancée. En Inde, par exemple, le FMSTP a récemment effectué un financement commun avec le gouvernement indien et la Banque mondiale dans le cadre du programme de lutte contre la TB. Il a été estimé que cette mesure avait permis de donner un rôle plus moteur au gouvernement (consultation SEARO). Plusieurs Initiatives (comme le Gavi) et la Banque mondiale ont expérimenté le financement groupé (exemples : au Pakistan, au Nigeria et en Inde).

Certains pays ont enregistré des progrès notables dans l'adoption d'une approche plus intégrée de l'utilisation des fonds des Initiatives, comme le Malawi qui fait actuellement des efforts en ce sens. En outre, on sait que l'Éthiopie, le Rwanda, la Somalie et certaines provinces d'Afrique du Sud appliquent une approche plus harmonisée entre les bailleurs de fonds, y compris les Initiatives. L'Éthiopie, par exemple, est dotée d'une plateforme d'harmonisation de la santé depuis 2008, qui inclut les Initiatives. Elle travaille à la mise en œuvre de la politique « un budget, un plan, un rapport » (94). Les avancées sont examinées chaque mois, afin de veiller à ce que les fonds contribuent aux priorités nationales (partie prenante nationale, réunion consultative). L'Éthiopie, qui dirige le groupe de travail sur l'alignement du GFF, s'est appuyée sur le dossier d'investissement du GFF pour en faire son plan national de transformation de la santé. Les pays ont ainsi un exemple de périmètre d'action pour modeler le soutien des Initiatives, lorsqu'ils en ont la volonté et les capacités. Toutefois, les exigences des Initiatives ne facilitent pas toujours la tâche, comme on peut le voir ci-dessous.

Lors des deux dernières années, l'Initiative FIND a été invitée à élaborer des protocoles d'accord et des programmes de travail spécifiques pour soutenir l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Inde (95), l'Indonésie (96), le Kenya et le Vietnam, en partenariat avec les CDC d'Afrique et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). Ces demandes devraient augmenter avec l'adoption en mai 2023 de la résolution en matière de diagnostic par l'Assemblée mondiale de la Santé (97). Cette avancée va permettre de garantir la mise en œuvre de stratégies et de programmes de travail axés sur la demande.

#### 4.4.10 Recueil des données et systèmes d'information

Les Initiatives ont investi dans des systèmes d'information sur la santé au niveau national pour renforcer les données et la redevabilité. Néanmoins, cela concerne généralement les seuls domaines de spécialités des Initiatives, et non un système global. Le FMSTP et le Gavi ont investi dans certains aspects du système d'information de la santé au niveau des districts, tandis que le GFF apporte une AT en insistant sur l'utilisation des données de surveillance de routine générées au niveau national et en encourageant les gouvernements nationaux à générer, analyser et utiliser les données. Inversement, l'accès aux données communiquées par les Initiatives sur leurs propres activités a été un point faible, en particulier au niveau des pays (voir les études de cas de pays - annexes 8-10) (98).

## 4.5 Difficultés et conséquences négatives imprévues des investissements des Initiatives

Bien que les atouts et les réussites des Initiatives aient été reconnus, la littérature, les entretiens et les consultations ont soulevé un certain nombre de préoccupations importantes, qui sont résumées ici et qui ont servi de base à la vision et aux recommandations. Il est à noter que beaucoup d'entre elles portent sur les grandes Initiatives en raison de leur influence et de leur poids financier, ainsi que de leur plus grande présence dans les pays. Les préoccupations sont présentées aux niveaux mondial et national. Les constatations pour l'échelle mondiale abordent l'écosystème au sens large, de même que les Initiatives centrales.

### 4.5.1 Au niveau mondial

#### 4.5.1.1 Préoccupations relatives aux mandats

Certaines personnes interrogées, en particulier des IC mondiaux, s'inquiètent de ce qui est, selon elles, une extension constante des mandats, en particulier dans le cas du FMSTP et du Gavi. Elles soulignent que ces organisations ont élargi leur rôle en se lançant dans de nouveaux domaines, tels que le renforcement des systèmes de santé (RSS) (99, 100). Néanmoins, à leur sens, rien ne semble indiquer que les Initiatives pour la santé mondiale sont correctement structurées et techniquement équipées pour assumer ces responsabilités. Certaines personnes ont notamment évoqué des tensions persistantes et des compromis inévitables sur la qualité lors des tentatives de gestion des fonctions « horizontales » par une approche « verticale » (voir la section 4.5.2 « Au niveau national »). En 2019, un examen des investissements du FMSTP dans les systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS) a jugé qu'ils « avaient besoin d'être sensiblement améliorés » (101). La même année, le Groupe technique de référence en évaluation a publié une étude thématique qui a mis en évidence un certain nombre de points faibles, notamment la contradiction entre une approche de cycle de projet et les investissements dans le système de santé, qui nécessitent des délais plus longs (102). En 2019, un examen du soutien apporté par le Gavi au RSS a mis en évidence quelques limites concernant la contribution de sa subvention au caractère pérenne des systèmes, ainsi que des difficultés à intégrer leurs interventions aux services de SSP (103).

*« Ce sont les mêmes gestionnaires de programmes qui ont développé les mêmes applications ou recruté les mêmes consultants qui rédigent les mêmes applications. Il y a des échéances à trois ans, c'est du court-terme. De l'argent à court terme, une réflexion à court terme... et les gestionnaires de subventions sont toujours incités à débloquer les fonds. C'est honnêtement le principal indicateur de performance clé : débloquer les fonds. » (IC mondial)*

Cette expansion du mandat peut également entraîner un chevauchement des rôles au sein des Initiatives et entre ces dernières et d'autres intervenants de la santé au niveau mondial, ce qui peut créer des pertes d'efficacité. Ainsi, Unitaïd a été créée pour fournir un financement incitatif pour lancer de nouveaux produits et marchés, ce qui est maintenant aussi proposé avec le FMSTP.

En plus des chevauchements, les personnes interrogées ont reconnu qu'il y avait notamment un décalage par rapport au fardeau croissant des MNT. Ainsi, la prévention, la promotion et la gestion des MNT bénéficient de financements très limités dans les pays et via le soutien mondial.

#### 4.5.1.2 Concurrence pour l'obtention de fonds et incertitudes quant au financement futur

Pour les IC mondiaux, les Initiatives et les autres organisations de rang mondial se livrent une concurrence pour l'obtention de fonds, ce qui donne le sentiment d'un jeu où les gains des uns se font au détriment des autres. Les fonds peuvent également ne pas correspondre aux besoins réels en matière de fardeau des maladies ou au rôle fonctionnel des différentes organisations. Selon certains IC, la concurrence pour l'obtention de fonds venant de mêmes sources contribue probablement à ce qu'ils perçoivent comme une volonté des Initiatives d'assumer de nouveaux rôles et d'élargir leur mandat, dans un contexte où les organisations se bousculent pour des rôles et des financements. Le système existant de reconstitutions des ressources échelonnées par les Initiatives est perçu comme difficile à gérer par les donateurs bilatéraux et les gouvernements des PRFI (104–106). Par ailleurs, certains ont exprimé des réserves sur la viabilité financière globale des demandes répétées et croissantes de reconstitution des ressources exprimées par les Initiatives.

Les IC ont exprimé leurs inquiétudes sur l'avenir, car ils craignent que la base de financement qui soutient les Initiatives ne soit pas garantie et ne connaisse pas l'augmentation prévue. Les Initiatives auraient du mal à accéder à de nouvelles sources de financement, car les approches « innovantes » telles que les contrats à impact social ou les obligations à impact sur le développement ne répondent pas aux attentes, présentent des conflits d'intérêts et manquent de transparence (67, 107) (64). Ces problèmes pourraient affecter les ambitions futures des Initiatives.

#### 4.5.1.3 Difficultés de gouvernance avec les conseils d'administration des Initiatives

Si les conseils d'administration des Initiatives (Annexe 4) sont conçus pour surveiller et garantir les activités de ces organisations, les points de vue divergent sur le fait de savoir qui a vraiment le pouvoir de traiter et de résoudre les problèmes. Bien que les conseils d'administration garantissent en théorie la représentativité, plusieurs IC soulignent que ceux de certaines grandes Initiatives ont été structurés de manière à favoriser un équilibre des différents collèges, ce qui entraîne une prise de décision plutôt lente et inefficace.

Les IC soulignent que les conseils d'administration des Initiatives sont très grands et complexes à gérer, ce qui peut compliquer les changements d'orientation, car le consensus autour du changement est difficile à atteindre. Comme les membres du conseil d'administration ont généralement des mandats courts, cela entraîne un déséquilibre pérenne des connaissances et compétences organisationnelles entre les conseils d'administration et le Secrétariat, qui a une mémoire institutionnelle (108). Les IC notent également un décalage dans les profils des membres du conseil d'administration entre les pays du Sud et ceux du Nord, ce qui a un impact sur leur capacité à contribuer et à participer efficacement aux processus décisionnels. Cela s'explique par deux éléments clés qui sont apparus lors de nos entretiens. Tout d'abord, les administrateurs originaires des pays du Nord n'ont pas le même niveau d'expérience que ceux originaires des pays du Sud : ainsi, le Sud est représenté par des ministres de gouvernement, tandis que le Nord est représenté par des « bureaucrates » issus des organismes donateurs. Ensuite, la nature des échanges semble inégale, plusieurs IC déclarant qu'il n'était pas possible de « s'exprimer » lors des conseils d'administration. Certains ont affiché leur préoccupation concernant la faculté réelle des processus des conseils d'administration à faciliter des débats actifs et ouverts, en particulier pour les représentants des pays. Il a été observé que certaines organisations bilatérales influentes, ainsi que certaines grandes ONG, détiennent plus de pouvoir que les pays bénéficiaires eux-mêmes.

*« Sur le papier, [les conseils d'administration des Initiatives] sont composés d'une diversité d'administrateurs, mais je ne pense pas que l'espace qu'ils fournissent permette aux gens de s'exprimer comme ils le souhaitent. L'ambiance est très feutrée, et tout devient politique et discussions de couloir. C'est pour cette raison que je ne me rends plus aux conseils d'administration des [Initiatives]. » (IC mondial)*

Si les grandes organisations bilatérales peuvent influencer les résultats des conseils d'administration des Initiatives, leurs actions ne donnent pas l'impression d'être coordonnées.

*« Elles doivent rendre des comptes aux bailleurs de fonds et sont chargées de débloquer les financements. Et il n'y a pas assez de redevabilité sur des résultats concrets dans les pays ou sur les problématiques d'efficacité. » (IC mondial)*

Les IC jugent aussi que les conseils d'administration ne disposent pas de l'expertise technique appropriée pour relever les défis auxquels les Initiatives et le système de santé mondial doivent maintenant faire face, en particulier ceux relatifs au renforcement des systèmes de santé et de la réalisation de la CSU.

*« Lorsqu'on évoque avec [le FMSTP] l'importance de la collaboration pour renforcer les systèmes de santé dans une optique qui ne soit pas spécifique au VIH, on fait face à un mur. Ce n'est pas sa vocation. Il est là pour finir le travail sur le VIH, et peut-être sur la TB et le paludisme. » (IC mondial)*

Certains IC ont soulevé un autre aspect lié au manque de clarté de la redevabilité au niveau mondial : le manque de transparence de certaines Initiatives sur leurs activités et leurs investissements dans leurs rapports, ainsi que le manque d'évaluations indépendantes sur leur impact et leur rapport qualité-coût.

#### 4.5.1.4

### Contestations concernant les allocations des fonds pour le FMSTP

Les IC mondiaux ont fait part de leurs inquiétudes sur les allocations des fonds au sein du FMSTP, en soulignant deux problèmes spécifiques. Tout d'abord, ils font valoir que la répartition des fonds sur les trois maladies au sein du FMSTP n'est pas adaptée au fardeau global de ces maladies précises. Ainsi, malgré le plus grand nombre de décès causés par la TB que par le VIH dans certains contextes et la prévalence mondiale beaucoup plus élevée de la TB (109), seuls 18 % des fonds du FMSTP sont alloués à cette maladie, contre 50 % pour le VIH et 32 % pour le paludisme (110). Selon les IC, cet écart est en partie dû aux groupes de pression du VIH.

Des ajustements ont été apportés récemment à la formule d'allocation (111) et selon le FMSTP, il réévalue régulièrement la méthodologie d'allocation globale. Lors de l'élaboration et de l'approbation de la dernière stratégie sur six ans, le Conseil d'administration a pris en compte ce qu'impliquait de modifier le périmètre des investissements, mais les compromis en matière de manque d'attention et d'investissements se sont mesurés en vies perdues. Néanmoins, ces préoccupations n'ont été exprimées que parmi les parties prenantes consultées dans la présente étude.

*« L'épidémiologie suggère que la TB devrait bénéficier de davantage de financements que le VIH, et il n'y a pas d'autres fonds. Ce n'est pas comme s'il y avait un autre PEPFAR pour la TB. »* (IC mondial)

Ensuite, les IC mondiaux soutiennent que les allocations ne sont pas conformes aux besoins financiers au niveau des pays. Les fonds alloués aux pays au sein des Initiatives sont jugés insatisfaisants, car ils ne tiennent pas compte des besoins et des capacités financières spécifiques de chaque pays, et ils ne traitent pas les écarts existants. Par conséquent, les pays qui présentent un fardeau élevé, comme l'Inde, reçoivent des allocations importantes même s'ils n'ont pas forcément besoin d'un soutien immense. Cette observation souligne la nécessité d'une approche plus personnalisée et basée sur les besoins pour les allocations de financement au sein des Initiatives.

*« L'Inde n'a pas besoin d'argent, mais nous savons que nous avons besoin de leurs chiffres. Nous ne pouvons pas revendiquer leurs chiffres si nous ne leur donnons pas d'argent. Ce sont les principales problématiques... les grands pays obtiennent énormément d'argent. »* (IC mondial)

La classification des dépenses dans la catégorie de soutien aux SRPS a également été remise en question par les IC mondiaux, qui affirment que ce qui est considéré comme SRPS et ce qui est jugé comme spécifique à une maladie ne suit pas une logique claire. On ne connaît pas précisément la proportion des fonds dépensés par le FMSTP et le Gavi pour renforcer les systèmes de santé de manière pérenne ; le débat à ce sujet continue (112). Plusieurs tentatives de classification des dépenses ont été effectuées, allant de 27 % à 7 % (99, 102). L'étude la plus récente a suggéré que le montant alloué aux SRPS par le FMSTP était très inférieur à l'estimation faite par le FMSTP lui-même : il était plus probablement de l'ordre de 7 % du total des fonds (99). Quelle que soit la réalité de ce chiffre contesté, il est évidemment problématique qu'aucun calcul fiable n'ait été élaboré au fil du temps. C'est un autre point qui alimente le débat sur la question de savoir si les Initiatives sont des intervenantes efficaces pour le RSS. De l'avis général, leurs investissements dans ce domaine appuient davantage des programmes qu'ils ne consolident les systèmes (92).

#### 4.5.1.5

### Des indicateurs discutables

S'il est reconnu que les Initiatives pour la santé mondiale ont beaucoup contribué à la chaîne de résultats dans leurs domaines d'intervention, un grand nombre d'IC mondiaux et d'études (113) (114) (98) ont signalé que certaines Initiatives s'attribuaient de bons résultats de manière excessive, notamment en matière de « vies sauvées ». Plus précisément, elles donnent l'impression de revendiquer le mérite de l'ensemble des résultats des investissements au sens large, qui englobaient les contributions des gouvernements des PRFI et d'autres bailleurs de fonds. Dans certains cas, les rapports sur les résultats ont été surtout basés sur des modélisations, plutôt que sur des évaluations complètes.

*« Elles reçoivent un justificatif [pour leurs contributions], mais elles ne savent pas vraiment ce qu'elles produisent. »* (IC mondial)

Le GFF s'est détourné de ce modèle et rend compte de sa contribution aux résultats nationaux/par pays en s'appuyant sur des évaluations ; il a ainsi une vision claire de la nature et de la valeur ajoutée de ses contributions. Les résultats déclarés sont donc moins remis en question par les IC. Néanmoins, selon certains IC, cette politique a affaibli leur argumentaire d'impact par rapport

aux revendications d'autres Initiatives. Cela montre la pression que subissent les Initiatives pour se concurrencer et revendiquer des résultats supérieurs aux autres afin d'attirer ou de garder les fonds.

#### 4.5.1.6 Préoccupations relatives à la mobilisation du secteur privé

Les IC du secteur privé ont indiqué qu'ils étaient souvent impliqués à une phase tardive des discussions de R&D et qu'ils aimeraient que les Initiatives qui façonnent le marché traitent certains facteurs structurels, comme les obstacles réglementaires au niveau des pays et la nécessité de simplifier les approches régionales.

#### 4.5.1.7 Préoccupations sur les conflits d'intérêts

Dans la littérature ainsi que parmi les IC au niveau mondial (en particulier les OSC et les universitaires), plusieurs préoccupations ont été recensées sur le rôle du « *philanthrocapitalisme* » (115, 116), le recours à des cabinets de conseil à but lucratif (117), et l'influence du secteur pharmaceutique sur les Initiatives.

### 4.5.2 Au niveau national

Plusieurs difficultés ont été mises en avant concernant les systèmes de santé des pays. Il est à noter que ces difficultés ne concernent pas seulement les Initiatives et qu'elles sont susceptibles d'affecter à des degrés divers l'ADS au sens large, ou d'en être des caractéristiques. Cependant, nous nous concentrons ici sur la contribution des Initiatives à ces questions, sans négliger l'importance de l'écosystème au sens large. Il convient aussi de noter que ces questions ne s'appliquent pas de manière égale à toutes les Initiatives ; le FMSTP et dans une moindre mesure le Gavi sont les Initiatives qui sont le plus souvent évoquées dans ce contexte, étant donné leur importance au sein des pays. Le GFF intervient davantage via les systèmes gouvernementaux, ce qui peut réduire la pertinence de certains de ces points concernant son fonctionnement.

#### 4.5.2.1 Distorsion des priorités nationales

Certaines Initiatives sont axées sur les priorités nationales, mais celles qui se concentrent sur des maladies spécifiques soulèvent des inquiétudes. En effet, ces dernières risquent de fausser les financements au niveau national, avec des allocations inadéquates aux priorités nationales en matière de santé définies dans les stratégies nationales et les ensembles essentiels de soins de santé (118) (119). Certains pays sont doués pour utiliser les ressources dans d'autres domaines, de sorte que le leadership local et national joue également un rôle ici. L'étude de cas sud-africaine (annexe 9) cite une province relativement bien dotée en ressources qui a utilisé efficacement les ressources du FMSTP à des fins plus larges, donnant ainsi un exemple de la façon dont les pays peuvent mobiliser des fonds pour répondre à des priorités plus larges en matière de maladies et de système de santé. Cependant, les pays peuvent avoir l'impression que les priorités des Initiatives leur sont imposées et qu'ils doivent donc adapter leurs propres plans et approches pour accéder aux fonds :

*« On considère que les objectifs sont déterminés par les donateurs au lieu d'être basés sur l'analyse du fardeau des maladies. Le financement intervient dans les domaines d'intérêt des donateurs, sans prendre en compte les circonstances ou le contexte économique des pays. »* (IC de l'étude de cas du Pakistan).

*« C'est le cas du Mozambique : environ 80 % du budget de la santé est consacré au VIH. Quand on atteint ce niveau, c'est que l'on a perdu le sens des priorités. »* (IC mondial)

#### 4.5.2.2 Problématiques de gouvernance et d'appropriation par les pays

Les difficultés de gouvernance ont été mises en évidence dans les études de cas. Ainsi, au Sénégal, la présence de plusieurs structures de gouvernance dans les Initiatives pose problème et génère des coûts de transaction élevés et des risques d'initiatives non coordonnées pour le gouvernement (120) (voir l'étude de cas Annexe 10). Chaque Initiative a ses propres méthodes de fonctionnement, procédures, contacts et organes de coordination. Au Sénégal, par exemple,

l'ICN est l'organe de coordination du Fonds mondial, tandis que la plateforme de Srmena est celui du GFF. Une plateforme RSS a été créée au sein du ministère de la Santé (MS) avec le soutien du FMSTP pour favoriser la coordination. Toutefois, elle ne fonctionne pas comme prévu, en raison des difficultés à unir les parties prenantes et d'un manque de leadership pour garantir une coordination efficace.

Dans le cas de l'ICN du FMSTP, certaines préoccupations concernant sa composition et ses opérations actuelles ont été soulevées, car l'ICN représente généralement des groupes d'intérêt spécifiques, davantage en adéquation avec les trois maladies. Il a été estimé que cela pourrait nuire à la qualité d'autres éléments des propositions, à l'instar des ICN qui ne disposent pas de l'expertise technique nécessaire pour élaborer des propositions solides en matière de RSS.

D'autres préoccupations portent sur le flou possible qui règne sur les rôles et les responsabilités, ainsi que sur les conflits d'intérêts potentiels. Par exemple, en Afrique du Sud, le Conseil national sud-africain sur le sida (SANAC) gère l'ICN, tout en recevant des financements du FMSTP et en mettant en œuvre des programmes dans les établissements de santé. Le Secrétariat du SANAC est également le Secrétariat du FMSTP (étude de cas sud-africaine, annexe 9). Cependant, les OSC sont bien représentées et le SANAC est coprésidé par le vice-président du pays.

Plusieurs IC de pays ont souligné que les Initiatives souffrent d'une centralisation excessive, car elles sont principalement basées dans les capitales des pays du Nord, avec une présence physique limitée ou inexistante dans les pays où elles interviennent. Le GFF bénéficie de sa capacité à collaborer avec les bureaux de la Banque mondiale le cas échéant, mais aucune Initiative n'est dotée de ses propres bureaux dans les pays. S'il est admis que cette approche permet d'économiser des ressources et si elle visait initialement à promouvoir la gouvernance et l'appropriation au niveau local, elle empêche les Initiatives d'adopter une approche intégrée et de mieux comprendre le contexte, alors que c'est essentiel pour soutenir efficacement la réalisation de la CSU. Selon plusieurs IC au niveau des pays, l'équilibre des pouvoirs penche trop fortement en faveur des Initiatives plutôt que des PRFI.

*« Ce sont les Initiatives qui ont le pouvoir et qui ont le dernier mot. Les pays suivent sagement leurs préconisations. »* (IC de la consultation EMRO)

Le manque d'appropriation par les pays est un point fréquemment soulevé (par les IC aux niveaux national et mondial). Par exemple, pour les Initiatives qui accordent les subventions, les propositions de subventions sont souvent rédigées par des consultants externes : elles peuvent donc ne pas être bien intégrées dans les contextes locaux. Les Initiatives prétendent adhérer aux plans nationaux, mais le point de vue dominant au niveau local est qu'elles exercent tout le pouvoir de décision. Cette situation est une source d'occasions manquées pour renforcer et mobiliser l'expertise au niveau des pays.

*« Le gouvernement ou les ONG n'ont aucun pouvoir, ils suivent simplement les volontés des donateurs. Si les donateurs mondiaux investissent dans la nutrition, on voit subitement un grand nombre d'experts dans ce domaine. Et vu que les donateurs consacrent maintenant des fonds aux MNT, beaucoup de spécialistes des MNT vont faire leur apparition. Il y a un très grand déséquilibre et les décisions sont principalement prises par des personnes qui n'ont pas de réelle expérience sur le terrain. »* (IC de la consultation SEARO)

Ce sont les deux revers d'une même médaille : les gouvernements manquent de capacités et les Initiatives prennent le relais en rédigeant des plans et des objectifs irréalistes, qui sont ensuite mal exécutés en raison de problèmes de capacités locales.

*« Le gouvernement est censé fixer des objectifs, mais ce sont les Initiatives qui définissent les priorités, car le gouvernement en est incapable. Le pays est ainsi poussé à atteindre des objectifs fixés ailleurs, sans prise en compte du contexte local (climat économique, ressources disponibles, fardeau des maladies, réalités politiques). Cela s'explique par les capacités très limitées des États, qui se reflètent dans un programme national fragile, un ministère de la Santé sans vision ni capacités, l'absence d'approche de santé publique, de stratégie de financement de la santé (réaliste), ou de programmes à moyen terme (5 ans) ou à long terme (15 à 20 ans). »* (IC de l'étude de cas du Pakistan)

Selon les IC sud-africains, les Initiatives et les grands donateurs contournent souvent les gouvernements et fournissent un financement direct aux ONG, aux OSC, aux parlements et aux établissements d'enseignement supérieur, sapant ainsi le contrôle et la supervision des institutions centrales telles que le ministère de la Santé et le Trésor. Selon les informations disponibles, environ la moitié des fonds du FMSTP sont alloués à des bénéficiaires gouvernementaux, mais même parmi ces derniers, une part importante reste hors budget. (18) (121). Le Gavi, qui avait pour objectif d'acheminer 55 % des financements via les systèmes gouvernementaux d'ici là

fin de 2021, a enregistré une bonne progression sur ce point. Cependant, en 2021, seulement 41 % des financements avaient suivi ces systèmes. S'il est admis qu'une partie des fonds va directement aux entités dans les pays, les responsables gouvernementaux ont indiqué qu'il était important de pouvoir rendre des comptes sur tous les fonds au sein du système de santé. Ces connaissances leur permettent également de mieux gérer ou comprendre le mode d'utilisation des fonds pour répondre aux priorités clés, ce qui leur donne des occasions de contribuer à la manière dont les fonds peuvent être mieux utilisés pour atteindre les objectifs nationaux. D'autres IC ont exprimé leurs préoccupations sur le fait que les rapports sont envoyés à « Genève » ou aux bailleurs de fonds ou parties prenantes des Initiatives, mais pas nécessairement aux décideurs locaux responsables de la prestation des services de santé (IC de la réunion consultative). Plusieurs IC ont appelé à une plus grande mobilisation des pays et à une transparence accrue en matière de financement afin de permettre un plan d'action collaboratif.

*« Du point de vue des pays, je leur donne 4/10 sur l'amélioration des résultats en matière de santé ; 2/10 sur l'amélioration des capacités des systèmes de santé, 1/10 sur la sortie de la dépendance à la finance internationale, et 0/10 sur l'appropriation par les gouvernements et le soutien à leurs politiques. » (IC mondial)*

#### 4.5.2.3 **Nécessité de mieux suivre le financement public pour superviser les effets de déplacement**

Les IC ont souligné qu'il était nécessaire que les dépenses globales en matière de santé fassent l'objet d'un suivi, notamment du gouvernement, pour surveiller les effets de déplacement du financement. Il a été signalé que certaines Initiatives telles que le GFF tentent de soutenir ce processus.

*« Il existe suffisamment d'éléments dans le monde prouvant que quand les Initiatives investissent dans le système de santé et les programmes verticaux, cet argent est réorienté vers d'autres projets, notamment le développement des infrastructures. Si les Initiatives ne se penchent pas sur le budget de la santé et si aucune tentative n'est faite pour étudier le cadre des dépenses à moyen terme pour la santé, c'est préjudiciable pour le pays. » (IC de la consultation SEARO)*

La fongibilité est rationnelle, mais les allocations des donateurs et des Initiatives devraient être basées sur une approche ascendante réaliste de calcul des coûts et sur l'identification des problèmes de financement, en tenant compte de la capacité d'absorption et des taux d'exécution différentiels.

*« La fongibilité est réelle...Et c'est juste une allocation rationnelle des ressources dans un contexte de contraintes. Avec la COVID-19, une fois que nous vendons quelque chose comme bien public mondial, il y a une défaillance inhérente du marché, car les pays se disent que c'est un bien public mondial : dès lors, pourquoi investir dans le VIH quand on sait que c'est une priorité mondiale ? » (IC mondial)*

#### 4.5.2.4 **Succès insuffisant dans le renforcement des capacités des systèmes de santé nationaux et locaux**

Les IC ont soulevé une préoccupation majeure : malgré un financement considérable (des Initiatives pour la santé mondiale, mais aussi du système de santé mondial au sens large), il existe très peu d'exemples de pays où la capacité nationale à prendre les rênes s'est renforcée au cours des deux dernières décennies. En général, les résultats se sont avérés court-termistes, sans que beaucoup d'éléments montrent un « renforcement des systèmes ». Selon les IC et la littérature, la fragmentation et le chevauchement des activités constituent une difficulté majeure (122), (123–127).

Selon des IC, les grandes Initiatives ont tendance à adopter une approche de projet en raison de leurs procédures et de leurs cycles de subvention bien ancrés. Ainsi, des initiatives telles que le dépistage actif de cas présumés de TB et les aiguillages sont souvent déployées de manière intense sous forme de campagnes à court terme, incitant les bénévoles à mener des activités de porte à porte. Cependant, cette approche n'est pas intégrée dans leur travail de routine et s'avère peu pérenne. Bien que ces actions basées sur des projets puissent s'avérer efficaces dans leurs domaines et selon leur calendrier définis, elles se terminent généralement à la fin du projet et leur impact ne s'étend pas au-delà du périmètre du projet. En outre, ces projets peuvent être exigeants et détourner l'attention du personnel et des travailleurs de la santé de leurs responsabilités habituelles. De plus, ils peuvent utiliser des tarifs plus élevés que ceux du MS, notamment pour les indemnités journalières et les frais de transport.

On considère que certaines des Initiatives qui n'utilisent pas les systèmes gouvernementaux n'adhèrent pas au principe consistant à « ne pas nuire ». Elles créent des systèmes parallèles, tels que des comptes bancaires et des unités de gestion, qui contribuent à l'affaiblissement du système. Il est important de noter que cela ne s'applique pas au GFF, qui fonctionne différemment. Cependant, le FMSTP, en raison de ses exigences comptables strictes, est souvent confronté à des difficultés pour travailler dans les structures gouvernementales.

*« Le modèle du Fonds mondial et ceux du Gavi sont intéressants. Ils disent qu'ils ne vont pas s'implanter directement dans le pays, mais ils ont créé leur propre monstre institutionnel dans le pays à certains égards. Nous avons les ministères du sida, non ? » (IC mondial)*

Cela s'applique également aux niveaux inférieurs du système où, par exemple, les gestionnaires de district peuvent ne pas avoir le contrôle des activités dans leur secteur.

*« Au Ghana, quand on s'est entretenus avec les gestionnaires de districts, ils étaient très frustrés. En effet, les donateurs arrivent, gèrent leurs financements en dehors du budget et les contournent... Les gestionnaires de district ont très peu de pouvoir sur les modalités d'allocation de ces ressources, mais ils doivent rendre des comptes sur les prestations dans leurs districts. C'est fou, non ? Et il y a tellement de frustration à ce niveau. Du point de vue de la gouvernance, une grande transparence doit être de mise. » (IC mondial)*

Comme le soulignent les IC et la littérature (128, 125, 127, 129, 130), les approches compartimentées par maladie peuvent fausser et affaiblir les systèmes de santé locaux, le personnel étant payé à des salaires différents, avec aussi divers types d'indemnités journalières, par exemple. Cela peut entraîner une fuite des cerveaux internes et les tâches essentielles ne sont plus réalisées, tandis que le cloisonnement des financements pour les équipements, les fournitures et les systèmes d'information compromet la prestation intégrée des soins (131).

*« Dans un pays, il a été signalé que les partenaires financés au niveau national parcourent de longues distances pour administrer une dose de vaccin, alors que si les bailleurs de fonds et les partenaires avaient travaillé ensemble, ils auraient pu mutualiser leurs efforts. Autre exemple d'occasion manquée et de perte d'efficacité qui a été cité : la non-vaccination des parents contre la COVID alors que les enfants étaient vaccinés. » (IC de la consultation sud-africaine)*

En raison de certaines des caractéristiques décrites, le financement du RSS n'est pas jugé efficace. À l'inverse, les fonds du Gavi sont souvent orientés vers des systèmes de livraison de vaccins, tandis que ceux du FMSTP servent par exemple à des formations, ce qui ne relève pas nécessairement du RSS.

*« Les Initiatives créent plusieurs systèmes d'information, comme le suivi du Programme élargi de vaccination [PEV] pour le Gavi ou le VIH pour PEPFAR. Toutes disent qu'elles investissent dans DHIS2, mais cette plateforme vient s'ajouter à leurs systèmes d'information au lieu de les remplacer. Elles s'appuient toujours sur les enquêtes auprès des ménages ; or elles en font beaucoup. » (IC mondial)*

La qualité des propositions de RSS a également été remise en question, car ces propositions seraient pilotées par des personnes qui ne comprennent pas bien le RSS et pour lesquelles le déboursement est une incitation clé.

Des effets négatifs involontaires sont aussi enregistrés sur les capacités locales de production et d'approvisionnement, bien que l'achat de vaccins des PRFI augmente (selon un IC du Gavi) et que le Gavi soutienne les fabricants locaux lorsque c'est possible. En ce qui concerne le développement et la production de produits, un manque de renforcement des capacités au niveau local a également été noté lors des entretiens avec les IC mondiaux.

Une partie du défi concerne le calendrier et les incitations institutionnelles : le renforcement des capacités prend plus de temps et s'avère plus difficile à mesurer.

*« [Les Initiatives pour la santé mondiale sont] descendantes, sélectives, court-termistes et ont tendance à fournir des choses qui peuvent être mesurées. De ce fait, elles négligent des éléments importants qui doivent être améliorés ou renforcés, mais qui ne peuvent pas forcément être mesurés selon l'approche comptable privilégiée par ces initiatives. » (IC mondial)*

*« Le travail des systèmes de santé est donc par nature difficile. Ce travail consiste en partie à réussir à empêcher que d'autres mauvaises choses ne se produisent. C'est toujours difficile à analyser et à évaluer » (IC mondial)*

#### 4.5.2.5

#### Des modes de fonctionnement qui réduisent l'efficacité et l'efficience

Certains modes de fonctionnement des Initiatives pour la santé mondiale axées sur le financement sont laborieux et inefficaces du point de vue des pays. Par exemple, le FMSTP et le Gavi s'appuient largement sur un financement basé sur les intrants, qui est bureaucratique et chronophage sans être axé sur les résultats. Ce mode de fonctionnement basé sur les intrants et planifié de manière centralisée entraîne un chevauchement des activités et dans certains cas d'immenses gaspillages sur le terrain.

Dans l'étude de cas du Sénégal, un IC a exprimé sa frustration face à des procédures complexes et lourdes (annexe 10) :

*« Les parties prenantes passent beaucoup plus de temps à étudier comment respecter les directives du FMSTP et éviter les dépenses inéligibles qu'à obtenir des résultats sur le terrain. Satisfaire Genève est bien plus important que satisfaire les communautés. »*

En outre, la structure des demandes de financement ne concorde pas avec les budgets gouvernementaux : il est dès lors très difficile de créer une relation complémentaire entre les deux et d'éviter le chevauchement des financements.

*« Il n'y a aucune concordance avec un budget gouvernemental, quel qu'il soit. Prenons le cas d'un programme au Pakistan par exemple : il reçoit le budget du programme sur le sida de son gouvernement national, puis il a son financement du programme sur le sida qui est hors budget et qui provient du Fonds mondial. Les deux se chevauchent. En résumé, ils se contentent de colmater les brèches du système. Il n'y a aucune conceptualisation de la complémentarité. » (IC mondial)*

La mise en commun des fonds au niveau national est complexe, en particulier pour le FMSTP, et les IC au niveau des pays jugent les fonds inefficaces, avec trop d'intermédiaires avant que les fonds n'atteignent les bénéficiaires réels (bénéficiaires principaux, sous-bénéficiaires, etc., pour le FMSTP, par exemple).

Les systèmes visent principalement à limiter en priorité le risque fiduciaire – un point essentiel pour les donateurs. Cependant, cet aspect peut être intrinsèquement moins important que la gestion des risques liés aux programmes et aux systèmes, tels que le risque de ne pas progresser, de ne pas réussir à renforcer les programmes ou de provoquer un préjudice non intentionnel. Pour accroître l'efficacité, il peut s'avérer nécessaire de renforcer la flexibilité, même si le risque fiduciaire peut être plus élevé. C'est un aspect particulièrement important pour les EFTC, où les circonstances évoluent et nécessitent une certaine adaptabilité. Les IC soulignent qu'il faut travailler davantage sur l'équilibre des coûts des différentes approches et sur l'utilisation de mesures davantage adaptées au contexte.

*« Il y a un problème avec la flexibilité des financements. Le Fonds mondial, par exemple, a des lignes budgétaires très strictes. Sur des lieux de conflits, cela ne nous permet pas de nous adapter à la situation actuelle. » (IC de la consultation EMRO)*

#### 4.5.2.6

#### Manque de transparence et de supervision ; pression sur la capacité de gestion

On constate actuellement plusieurs flux de financement parallèles au sein des pays, en particulier dans le cas du FMSTP, qui achemine fréquemment des fonds par l'intermédiaire des agences des Nations Unies et des grandes ONG. En raison de la complexité de ces canaux de financement, il est extrêmement difficile de suivre l'allocation et l'exploitation des ressources.

*« Il doit y avoir une certaine connexion, une certaine transparence, car à l'heure actuelle, rien n'est organisé. Personne ne sait qui finance quoi, où, quand et comment. » (IC mondial)*

Par conséquent, cette fragmentation des financements entraîne la prolifération des programmes, des fonds, des mécanismes de rapport et des processus d'audit. Une telle fragmentation ne contribue pas seulement à des pertes d'efficience : elle s'avère aussi inefficace, car elle bouleverse la capacité du pays à bien gérer ces ressources.

*« Le Gavi dispose de ses fonds pour la vaccination et de son assistance technique, tandis que la polio a son plan de transition de la polio. Et le GFF a son alignement avec la CSU. Et nous attirons tous les mêmes personnes aux mêmes réunions. Et les organisations elles-mêmes ne sont pas responsables du fait que nous ne faisons que les distraire ; nous vendons nos propres produits et nous justifions notre propre existence par ces processus. » (IC mondial)*

Le manque de transparence dans la prise de décision et les évaluations des Initiatives a souvent été un sujet de préoccupation mis en avant par les donateurs et les pays bénéficiaires (55, 56). Si des organisations comme le FMSTP, par exemple, sont reconnues pour leur transparence en matière de dépenses (et d'approvisionnement), d'évaluations et de stratégie, certaines Initiatives sont critiquées pour leur manque de transparence (57). Certaines évaluations ne sont pas publiées ou disponibles, ce qui limite leur redevabilité à la fois envers les donateurs et les pays bénéficiaires (58).

#### 4.5.2.7 Frustration concernant l'assistance technique externe à court terme

Les Initiatives sont critiquées pour leur dépendance excessive à l'AT externe, qui comprend souvent des missions à court terme (117), (132), (133), y compris pour la préparation des demandes de subvention. Cette dépendance a été jugée problématique en raison d'un manque d'intégration, de renforcement des capacités et de coordination avec les priorités nationales.

« *Nous passons beaucoup de temps dans les avions pour aller dans une capitale, y passer 24 h, avant de prendre un vol vers une autre mission. Nous ne savons même plus dans quel pays on est...* » (IC mondial)

#### 4.5.2.8 Modification des rôles pour les autres intervenants du système de santé mondial

Les Initiatives détiennent une part importante des ressources mondiales en matière de santé, ce qui a des répercussions sur le rôle des autres intervenants dans les pays concernés. Les Nations Unies sont ainsi passées du rôle d'entité normative à celui de fournisseur et de sous-traitant qui dépend fortement des fonds des Initiatives. L'étude de cas du Pakistan illustre bien ce phénomène (annexe 8). En parallèle, les ONG ont aussi vu leur mission changer : leur activité de plaidoyer en faveur des questions sanitaires s'est transformée en rôle de fournisseur en réponse à l'influence des Initiatives.

#### 4.5.2.9 Corruption

Malgré l'accent mis sur la minimisation des risques fiduciaires, on craint que les Initiatives ne contribuent par inadvertance aux risques de corruption ou ne les aggravent. Cette préoccupation découle de l'utilisation de plusieurs comptes bancaires indépendants et de systèmes hors budget, ce qui crée la possibilité d'irrégularités financières. Les crises périodiques ont été liées à de mauvaises pratiques comptables et à un suivi inadéquat de l'utilisation des fonds. Les préoccupations relatives à la corruption ont également été mises en évidence dans la littérature (134) (135) (136, 137) (138). Cette problématique concerne moins le GFF, qui travaille aux côtés de la Banque mondiale pour renforcer la capacité du gouvernement à se prémunir de la corruption.

#### 4.5.2.10 Les difficultés de la transition

La transition et le cofinancement pour les Initiatives posent des problèmes importants. Si la transition vers un arrêt du soutien des Initiatives est encadrée par des règles, les IC jugent ces dernières vagues et peu claires. Les exigences de cofinancement ont également posé problème aux pays qui ont eu du mal à respecter leurs obligations.

« *Le Fonds mondial n'a pas du tout bien géré la transition. Et une transition qui s'opère brutalement à partir d'un certain revenu national brut n'est peut-être pas la meilleure approche à suivre. La transition pourrait commencer dès le premier jour : on lancerait une approche pérenne où l'on prendrait peu à peu en charge certains éléments de l'ensemble de base, puis on bénéficierait d'un accompagnement pour élargir cela en matière de portée, de qualité, de périmètre.* » (IC mondial)

Selon une évaluation des politiques d'éligibilité, de transition et de cofinancement du Gavi, bien qu'il s'agisse d'une pierre angulaire du modèle du Gavi et que la prévisibilité et la transparence soient considérées comme des atouts, le manque de flexibilité a créé un « besoin croissant d'exceptions ponctuelles » (139). L'utilisation du revenu national brut par habitant a été considérée comme un indicateur rudimentaire de l'éligibilité. Une plus grande attention doit être accordée à la préparation du programme, à l'équité et à d'autres indicateurs, ainsi qu'au calendrier de la transition (140).

En outre, certains considèrent qu'en raison des plans de transition distincts et des différentes exigences de cofinancement, les Initiatives se livrent une concurrence pour obtenir des ressources limitées afin d'atteindre ces objectifs, au lieu de rechercher des gains d'efficacité et des synergies dans l'ensemble du système. Certaines subventions de contrepartie du FMSTP exigent également que les gouvernements prouvent le financement de programmes et de groupes spécifiques, ce qui n'est pas forcément possible avec les systèmes de rapports gouvernementaux (étude de cas en Afrique du Sud).

Plus généralement, les tendances en matière de génération de revenus nationaux depuis la création des Initiatives ne corroborent pas l'idée que les pays seront en mesure de réussir leur transition ; c'est notamment le cas pour un grand groupe de PRFI (27). Dans le cas du Gavi, les pays aujourd'hui proches de la transition pourraient avoir plus de mal à passer durablement à la phase d'autofinancement. Certains soutiennent en outre que les Initiatives ne sont pas le bon moyen d'encourager une mobilisation accrue des ressources nationales (MRN) et que l'ADS accordée sous forme de subventions est susceptible de décourager ou de limiter le financement national de la santé, du moins dans certains contextes (92).

*« Il y a très peu de pays pour lesquels la communauté internationale paie une majorité des dépenses de santé. Il faut essayer d'augmenter à la fois les investissements des gouvernements et la structure du financement national afin d'aller dans le sens du progrès et non de la régression. C'est un travail réglementaire et politique difficile au niveau national, non ? Il ne s'agit pas uniquement de convaincre le président ou le ministère des Finances, car il faut souvent changer toutes les normes sociétales sur les questions suivantes : qui est responsable de la santé, qui finance la santé, quelle importance revêt la santé en matière de valeur, quel type de solidarité avons-nous dans un pays ? C'est vraiment un travail difficile et de longue haleine. » (IC mondial)*

Certains IC affirment également que les Initiatives, dans leur volonté d'atteindre les populations cibles, ont mis en place des modèles qui ne sont ni rentables ni durables : elles préfèrent notamment déployer des campagnes et des journées de la santé pour le Programme élargi de vaccination (PEV) que renforcer les services de SSP de routine, y compris la vaccination. Les IC ont évoqué leurs inquiétudes sur le fait que les pays sont encouragés par les Initiatives à assumer des coûts alors qu'elles n'en ont pas les moyens. En raison du manque de données accessibles au public sur le suivi des coûts des différents programmes, les éléments permettant d'étayer ou de contester ces préoccupations font généralement défaut.

*« Prenons le cas d'un produit qui n'est pas abordable compte tenu de la réalité physique du pays actuellement. Cela revient à inciter ce pays à le lancer, alors que l'Initiative cessera dans les 3, 4 ou 5 années et que le pays devra continuer à payer. » (IC mondial)*

En outre, la transition des services présente des difficultés pour les groupes qui ne sont pas toujours légalement reconnus par le gouvernement.

Enfin, le fait que les Initiatives financent principalement des intrants au lieu d'améliorer le fonctionnement du système signifie qu'il y a une dépendance continue.

*« En vingt ans, nous avons obtenu de bons résultats en faisant baisser l'incidence du VIH, en sauvant des personnes atteintes par le VIH, mais aussi pour la TB et le paludisme. Mais bien sûr, dès que les fonds se tarissent, tous ces résultats disparaissent. C'est ce que nous avons constaté avec la COVID, non ? » (IC mondial)*

## Résumé des points forts et des difficultés des Initiatives

Le tableau 3 donne un aperçu des forces et des faiblesses des Initiatives présentées dans l'étude. Elles constituent la base des recommandations décrites dans la section suivante, qui visent à renforcer le système de santé mondial dans son ensemble, en réduisant les écarts dans le soutien apporté aux pays, les coûts élevés et les effets systémiques involontaires, ainsi que l'incapacité collective à renforcer les capacités nationales.

Tableau 3

### Résumé des principaux points forts et difficultés des Initiatives

Points forts	Difficultés
Contribution aux résultats en matière de santé	Action ciblée partielle ; distorsion des priorités locales Manque de crédibilité des indicateurs utilisés pour mesurer les résultats et la contribution revendiquée Lacunes dans l'écosystème sur les MNT
Financement innovant pour la santé mondiale	Principalement des fonds publics levés à l'échelle mondiale, avec des sources privées limitées
Mobilisation de fonds, y compris pour les biens publics mondiaux	Mêmes anciens donateurs ; absence de mobilisation de nouvelles sources
Façonnage du marché	Quelques inquiétudes sur la façon dont les Initiatives définissent leurs priorités en matière de façonnage du marché
Approvisionnement et chaîne d'approvisionnement groupés	Risque de saper les chaînes de production et d'approvisionnement locales
Assurer l'accès aux vaccins et aux autres technologies	L'approvisionnement direct en vaccins nuit aux producteurs nationaux Saper le financement des vaccins par le gouvernement national en achetant au lieu de subventionner les pays disposant de ressources
Efficace (petit secrétariat ; pas de bureaux dans les pays, etc.)	Secrétariats des Initiatives en pleine croissance Éloignés des contextes nationaux Systèmes de fonctionnement qui imposent des coûts de transaction élevés, en particulier aux gouvernements des pays
Gouvernance plus inclusive	Conseils d'administration « équilibrés » de manière à ce que le pouvoir soit concentré ailleurs ; modèle très centralisé vis-à-vis des pays ; redevabilité ascendante et non descendante Manque d'appropriation par le pays Mauvais fonctionnement des ICN dans certains pays
« Entre de bonnes mains » (audit, priorité sur les risques fiduciaires)	Une action non ciblée sur les risques des programmes ; les systèmes de fonctionnement sont basés sur les intrants et inflexibles ; non intégrés au niveau national ; non pérennes et absence de redevabilité envers les PRFI
Adaptabilité	Élargissement du mandat sans tenir compte des avantages comparatifs de tous les acteurs
Atteindre les groupes vulnérables et les populations clés	Coût élevé ; stratégies de livraison non durables
Quelques progrès sur l'alignement	Fortes limitations (à l'exception du GFF) ; la principale motivation vient des propres objectifs des Initiatives, en particulier dépenser les fonds et attribuer des résultats centraux
Rôle de financement incitatif pour certaines des Initiatives	Financement fréquent des coûts récurrents, créant une dépendance Difficultés pour accompagner les pays vers la transition
Appui aux systèmes d'information au niveau des pays	Les investissements dans le système de santé ne sont pas bien classés ou leur efficacité n'est pas bien mesurée Effets néfastes sur les systèmes de santé locaux avec une approche verticale Contribution à la fragmentation des systèmes de santé et de la prestation de services Échec du renforcement des systèmes nationaux et de leur capacité à gérer les défis actuels et futurs



# \_\_\_\_\_ 5

## Comprendre l'économie politique du paysage des Initiatives



# 5 Comprendre l'économie politique du paysage des Initiatives

Les structures et la dynamique des Initiatives au sein du système de santé mondial décrites dans la section précédente doivent être comprises sous l'angle de l'économie politique (3-7) (Annexe 1). Cet angle permet de bien analyser la position et le pouvoir des différents acteurs impliqués, la façon dont les Initiatives s'intègrent dans le système au sens large et les points de vue des différents acteurs sur le changement. Ces questions s'appliquent à la fois aux niveaux mondial et national, mais le pouvoir et les intérêts sont répartis différemment à ces deux niveaux. Nous traitons chacune d'elles tour à tour ci-dessous et nous identifions de nombreux facteurs dissuasifs institutionnels et structurels pour qu'un changement s'opère dans la façon dont le système fonctionne actuellement.

## 5.1 Au niveau mondial

Les relations entre les acteurs du système de santé mondial deviennent de plus en plus complexes, certaines initiatives étant des acteurs centraux (10). Comme indiqué dans la section précédente, il peut y avoir une concurrence entre les acteurs autour des fonds, ainsi que des tendances à une harmonisation accrue.

**Les principales parties prenantes au niveau mondial sont :**

- **Les agences donatrices**, qui constituent les principaux bailleurs de fonds des Initiatives : (donateurs bilatéraux, multilatéraux et fondations privées).
- **Les Initiatives**, qui jouent un rôle essentiel en créant des programmes spécifiques et en intervenant dans le cadre de ces programmes grâce à la mobilisation de fonds et aux actions collectives. Au sein des Initiatives elles-mêmes, il est utile de distinguer plusieurs centres potentiels de pouvoir et d'influence. Les Conseils d'administration (voir l'annexe 4) sont le mécanisme officiel de la gouvernance, mais d'autres pans des organisations comme les secrétariats ou les équipes techniques peuvent également être des acteurs importants. Dans le cas du FMSTP, il existe d'autres organes qui agissent de manière indépendante, tels que le Bureau de l'Inspecteur général et le Comité d'examen technique et le Groupe technique de référence en évaluation, qui a depuis été remplacé par le Comité d'évaluation indépendante (141).
- **Les groupes d'intérêt et politiques**, qui exercent une pression sur les gouvernements donateurs et les Initiatives (groupes de pression et militants, ONG internationales, sociétés transnationales).
- **Les agences multilatérales** (OMS, autres agences des Nations Unies, Banque mondiale) et les banques régionales de développement, qui travaillent dans le même domaine que les Initiatives, qui sont souvent implantées dans le pays et peuvent faire office de collaborateurs ou de concurrents.
- **Les destinataires des fonds des Initiatives au niveau mondial**, qui sont notamment des universités, des ONG internationales et des entreprises du secteur privé (comme des consultants, des sociétés pharmaceutiques). Beaucoup d'acteurs veulent continuer à recevoir des financements des Initiatives.

Les types de pouvoir et d'influence exercés dépendent de l'envergure de l'intervenant : la synthèse présentée ici recense de grandes catégories (tout en reconnaissant qu'il existe des nuances au sein de chacune). Les bailleurs de fonds des Initiatives ont été identifiés comme les acteurs les plus puissants de l'analyse : les conseils d'administration sont le principal mécanisme leur permettant d'exercer ce pouvoir.

Les donateurs bilatéraux des Initiatives ont divers domaines d'intervention, mais ont tendance à fonctionner selon leurs propres intérêts et valeurs. La coordination des donateurs et l'harmonisation entre eux peuvent donc être fragiles. Comme les donateurs doivent tous rendre des comptes sur leurs investissements financés par les contribuables, ils cherchent à être rassurés sur les risques fiduciaires, ainsi que sur l'impact mesurable. Dès lors, ils sont aussi attentifs au point de vue des groupes d'intérêt au sein de leur propre pays (voir ci-dessous). Les services de l'ADS au sein des gouvernements des pays à haut revenu sont tenus de rendre des comptes par

rapport aux politiques économiques et étrangères au sens large et aux objectifs du pays, ce qui crée des niveaux supplémentaires de tensions et de compromis pour un programme purement sanitaire. Certains donateurs bilatéraux favorisent les investissements axés sur les maladies, alors qu'un groupe est davantage orienté sur les systèmes. Cependant, ils bénéficient aussi des Initiatives, car c'est un moyen efficace pour eux de dépenser les aides. Les fondations peuvent avoir d'autres intérêts, notamment en utilisant les Initiatives pour exercer leur influence.

Au sein des Initiatives, la haute direction était jugée très influente, en raison notamment des difficultés notées pour les conseils d'administration. Au niveau mondial, le pouvoir technique incombe également aux secrétariats des Initiatives, et en particulier aux gestionnaires de portefeuille nationaux (plus qu'aux conseillers techniques), qui sont chargés du déboursement des fonds, qui est un indicateur de performance clé dans certaines Initiatives en lien avec les pays.

Il est à noter que plusieurs IC ont évoqué la présence de ce qui constitue selon eux des groupes d'intérêts puissants et retentissants autour des Initiatives au niveau mondial : ces groupes ont tout intérêt à forger un discours sur les forces et les succès des activités des Initiatives et ils ont les ressources pour le faire. Cela contraste avec les voix plus critiques aux niveaux national et mondial, qui ne sont pas en mesure de se faire entendre avec autant de force. Comme on peut le constater dans la section des constatations, certains membres des conseils d'administration se sentent également moins en mesure de s'exprimer face à ces différences de pouvoir.

Selon les IC, la Banque mondiale est un acteur potentiellement important et puissant, mais moins impliqué auprès des Initiatives au niveau mondial et globalement moins actif dans le secteur de la santé qu'elle ne pourrait l'être. De nombreuses parties prenantes ont estimé que la Banque mondiale pourrait et devrait jouer un rôle beaucoup plus important, compte tenu de sa vision globale du système de santé, de son utilisation des canaux de financement public et de sa forte capacité d'analyse. Cependant, ses financements non concessionnels et concessionnels sont assortis de conditions moins intéressantes pour les gouvernements, compte tenu du montant relativement généreux des subventions disponibles pour la santé (voir section précédente).

Enfin, des pans de la société civile ont tout intérêt à soutenir la croissance des Initiatives, car ils bénéficient des financements proposés via ces intervenants. D'autres composantes, notamment les groupes de pression à intérêt unique qui font campagne sur certains objectifs de santé, sont très influentes, car elles mobilisent l'opinion publique parmi les électeurs et les contribuables à l'échelle internationale. Elles peuvent exercer une pression efficace sur les donateurs bilatéraux concernant les modalités d'allocation des budgets de l'ADS. Au sein des intervenants, il existe peu d'incitations à maximiser la collaboration.

Si les institutions existantes s'avèrent difficiles à réformer, en créer de nouvelles semble être une voie plus facile pour relever les nouveaux défis mondiaux. C'est ce qui explique la poursuite de la prolifération et de la fragmentation, ce qui a un impact sur les pays bénéficiaires. Plusieurs nouveaux fonds ont ainsi été créés ces dernières années – certains ont même vu le jour durant la courte période de cette consultation (voir encadré 2). Il est nécessaire d'évaluer la pertinence, le fonctionnement et les conséquences involontaires de ces nouveaux fonds, largement soutenus par les mêmes donateurs bilatéraux, agences des Nations Unies et fondations. Ces fonds ajoutent un nouveau niveau de complexité et de fragmentation à l'architecture de la santé mondiale.

- Créé en 2019, le Hepatitis Fund (EndHep2030) est une collaboration entre l’OMS, la *ZeShan Foundation* et les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, qui vise à fournir un financement incitatif pour éliminer l’hépatite virale, avec une « durée de vie limitée » de 25 ans (142). Une conférence de mobilisation des ressources en mai 2023 n’a pas réussi à atteindre son objectif, qui était de lever 150 millions de dollars (143)(144).
- Créé en mai 2021, le Fonds Health4Life, qui est un partenariat entre le PNUD, l’UNICEF et l’OMS, favorise les actions en faveur des MNT et de la santé mentale. Il vise à mobiliser et à investir 250 millions de dollars sur cinq ans (145).
- Le Fonds de lutte contre les pandémies a été lancé en novembre 2022. Hébergé par la Banque mondiale, il a jusqu’à présent permis de lever 1,6 milliard de dollars (146)(147).
- En avril 2023, l’Alliance mondiale pour améliorer l’accès à l’oxygène a été formée à la suite d’une réponse conjointe du FMSTP et de Unitaïd pour fournir de l’oxygène médical pendant la pandémie de COVID-19. Elle a permis de lever plus d’un milliard de dollars pour « améliorer l’accès à l’oxygène médical, dont des financements destinés à développer la production, réduire le prix de l’oxygène et fournir une assistance technique aux gouvernements ». Elle est composée de Unitaïd, du FMSTP, de l’OPS, des CDC d’Afrique, de l’OMS et de l’UNICEF (148).

Plus récemment, en juin 2023, l’OMS a annoncé un partenariat avec trois banques multilatérales régionales de développement (Banque africaine de développement, Banque européenne d’investissement et Banque islamique de développement) pour créer une plateforme d’investissement visant à renforcer les SSP. Cette « plateforme d’investissement pour l’impact sur la santé » a pour objectif de dynamiser les investissements dans les SSP au sens large en soutien aux stratégies gouvernementales de santé des PRFI (149).

## 5.2 Au niveau national

Au niveau national, certaines Initiatives disposent d’un pouvoir considérable selon l’approche qu’elles suivent dans le cadre de leur mobilisation. Le FMSTP et le Gavi sont des bailleurs de fonds importants pour les gouvernements, les ONG et la société civile. D’après une comparaison de la Base de données mondiale sur les dépenses de santé de l’OMS (mise à jour d’avril 2023) (21) et des données du Système de notification des pays créanciers de l’OCDE (18), les déboursments bruts du Gavi et du FMSTP représentaient un budget combiné supérieur aux financements des gouvernements nationaux dans sept pays d’Afrique subsaharienne<sup>11</sup> en 2020, donnant à ces deux institutions une influence considérable. Dans le cadre de leurs activités, le FMSTP et le Gavi peuvent utiliser une diversité de canaux au niveau des pays, mais ils n’accordent peut-être pas toujours l’attention nécessaire au pouvoir décentralisé et impliquent parfois des intervenants ou des programmes particuliers qui prennent position pour eux (voir les études de cas des pays, annexes 8-10).

On constate également des déséquilibres au sein des gouvernements, en ce sens que les fonds sont alloués de manière disproportionnée à certains programmes (VIH, sida, paludisme), ce qui crée des inégalités et des intérêts directs dans certains services. Ainsi, au Mozambique, 80 % des financements reçus sont destinés au VIH : cela crée un ensemble d’intérêts directs à ce niveau, et donc un déséquilibre par rapport au reste du système de santé. De plus, ces bénéficiaires sont peu incités à soutenir un système plus intégré. Les bénéficiaires disproportionnés tirés des financements des Initiatives, notamment du fait de la cartographie opaque des fonds par rapport aux dépenses publiques, créent des poches de résistance importante à la réforme des Initiatives telles qu’elles fonctionnent actuellement au niveau des pays.

Les personnes plus réservées à l’égard des Initiatives peuvent ne pas être en mesure de communiquer très efficacement leurs critiques ; elles peuvent également avoir peur de perdre des ressources ou du prestige si certains les jugent critiques envers ces puissants intervenants.

11 Érythrée, Guinée, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Zimbabwe

Unitaid, la fondation FIND et la CEPI sont également des bailleurs de fonds importants dans le domaine de la R&D dans certains pays, mais ces actions sont moins répandues. Le GFF achemine son argent via des systèmes gouvernementaux, sur la base d'un modèle de financement à effet de levier, ce qui réduit sa capacité d'action d'entité indépendante dans le pays et renforce son alignement sur les programmes gouvernementaux au sens large.

Les IC ont souvent indiqué que l'OMS ne jouait pas suffisamment un rôle de coordination des partenaires. Elle est absente de certains rôles jugés importants dans le cadre de sa fonction et elle ne parvient pas à soutenir efficacement la CSU (150). On constate également des conflits d'intérêts potentiels et des pertes d'efficacité : en effet, l'OMS demande aux Initiatives des financements à partir des portefeuilles nationaux et assume souvent le rôle de fournisseur d'AT et de services lorsque le système gouvernemental est fragile. Dans ce contexte, les systèmes gouvernementaux restent faibles et passifs, tandis que les flux de financement sont orientés vers les agences des Nations Unies dans le pays. Comme toutes les grandes organisations, l'OMS a des positions et des intérêts divergents en interne. Les IC mondiaux signalent que ses programmes de lutte contre les maladies sont plus alignés sur la façon de travailler des Initiatives que d'autres pans de l'organisation qui privilégient l'intégration. En effet, une partie de la fragmentation de la santé mondiale est liée aux demandes des programmes de l'OMS (demandes qui portent notamment sur des plans distincts de lutte contre des maladies, au lieu de plans intégrés au niveau des pays) et à un grand nombre de consultants rémunérés par les financements des Initiatives par pays. Au niveau national, certaines agences des Nations Unies et de grandes ONG dépendent des Initiatives pour le « *soft-funding* » (financement sans obligation de retour sur investissement) afin de payer les membres clés du personnel de leurs programmes.

La Banque mondiale est un acteur de premier plan dans plusieurs pays : elle s'appuie sur son pouvoir de financement et de mobilisation pour réunir les donateurs bilatéraux et les Initiatives en vue d'investir dans des priorités nationales spécifiques. L'octroi de prêts à des conditions avantageuses plutôt que d'aides est toutefois jugé moins intéressant pour les gouvernements. Certains pays, tels que le Pakistan, ont bénéficié d'investissements communs du FMSTP, du Gavi, du GFF et de donateurs bilatéraux coordonnés par la Banque mondiale : dans le cas du Pakistan, il s'agissait de financer une initiative nationale de soins de santé primaires liée à la CSU, en utilisant des indicateurs liés aux déboursements.

Enfin, il est important de signaler la question de « *l'assistance technique* » dans les pays. À l'échelle nationale, des personnes clés, compétentes et hautement qualifiées, peuvent migrer entre le gouvernement, les ONG, les Initiatives et le statut de conseiller indépendant. Compte tenu de leurs parcours et de leurs points de vue, elles peuvent elles-mêmes avoir une influence sur les changements. Leur potentiel départ de postes centraux du gouvernement peut aussi constituer une fuite des cerveaux malvenue. À l'échelle internationale, il peut y avoir une AT pléthorique aux niveaux régional et mondial. Elle est souvent financée par des Initiatives ou d'autres partenaires ; ses mandats sont souvent obscurs et ses activités peuvent être amenées à se chevaucher.

En conclusion, compte tenu des groupes d'intérêt à la fois fragmentés et puissants créés par les Initiatives en interne comme au niveau national, l'économie politique peut être le révélateur d'une stagnation et d'une inertie par rapport aux réformes. Les IC comme la littérature ont souligné les leçons à tirer des précédentes actions de coordination et d'alignement. Il suffit de les analyser pour se rendre compte que les individus et les organisations agissent selon leurs propres motivations, et qu'il convient donc de modifier ces motivations pour que les comportements changent par la suite. Les approches volontaristes qui ne changent pas les récompenses et les sanctions ont peu de chances de gagner du terrain (voir l'annexe 12 sur les précédentes tentatives d'alignement et de coordination). L'un des points clés à résoudre pour orienter les incitations des Initiatives sur une voie favorable à la CSU concerne les indicateurs de performance relatifs aux Initiatives : en effet, les bailleurs de fonds comme les gouvernements bénéficiaires doivent se mettre d'accord sur des indicateurs qui valorisent les gains à plus long terme, en privilégiant les performances du système plutôt que les déboursements (en dépensant peut-être moins d'argent, mais mieux).



# \_\_\_\_\_ 6

## Vision et principes du changement



## 6 Vision et principes du changement

Dans cette section, l'équipe de recherche présente un projet de vision et des recommandations pour résoudre les problématiques recensées dans les Initiatives et le contexte général. Elles s'appuient sur les constatations effectuées en accordant une importance particulière aux points de vue des pays. Par ailleurs, elles ont été affinées après des réunions consultatives (voir annexe 11). Elles alimenteront les délibérations du groupe de pilotage FGHI, qui adoptera et développera les recommandations.

### 6.1 Déclaration de vision pour les Initiatives et les acteurs mondiaux de la santé

Élaborée sur la base des résultats de l'étude, la vision (encadré 3) se concentre sur le rôle des Initiatives dans un système de santé mondial au sens large qui aide les pays à progresser sur la voie de la CSU. Elle part du présupposé que leur succès doit être mesuré à l'aune de leur contribution à une CSU dirigée par les pays et pérenne.

#### Encadré 3

#### Énoncé de vision

*Un système de santé mondial où tous les intervenants, y compris les Initiatives pour la santé mondiale, jouent un rôle efficace pour assurer la CSU menée par les pays, et donc garantissent l'équité dans le bien-être et la santé des populations. L'ensemble des intervenants, dont ces Initiatives, doivent dès lors suivre une approche cohérente et intégrée pour planifier, financer et évaluer leurs fonds et programmes, en rendant des comptes aux gouvernements nationaux sur ces sujets : ils doivent travailler en synergie avec les autres intervenants de la santé au niveau mondial et se baser sur leur avantage comparatif, les priorités et besoins des pays, ainsi que sur la nécessité de renforcer la capacité des pays à pérenniser la CSU (y compris les SSP) grâce à des systèmes de santé solides et résilients.*

Voici ce qu'implique cette vision pour les rôles de chaque partie prenante :

- les pays de mise en œuvre doivent prendre une responsabilité croissante pour assurer les interventions essentielles qui présentent un bon rapport coût/efficacité lorsqu'ils en ont la capacité et le financement ;
- les Initiatives pour la santé mondiale doivent soutenir les pays dans cet effort, en intégrant le développement durable, en favorisant des produits de base abordables et en définissant des trajectoires claires vers la transition ;
- les donateurs doivent davantage transférer la responsabilité de la prestation aux pays, en prenant plus de risques et en acceptant des résultats plus larges en matière de SSP et de CSU.

### 6.2 Principes de fond des changements

En lien avec cette vision, nous proposons que tous les changements apportés aux Initiatives pour la santé mondiale reposent sur les principes fondamentaux exposés ci-dessous. Ces principes doivent transparaître non seulement dans les politiques organisationnelles, mais également dans la manière dont les Initiatives pour la santé mondiale fonctionnent au quotidien.

1. Les Initiatives doivent rendre des comptes aux pays, suivre les besoins des pays en matière de CSU (tels qu'exprimés dans les stratégies nationales) et pouvoir répondre à divers besoins dans les pays et les régions.
2. Les Initiatives sont chargées de prendre en compte les effets systémiques lorsqu'elles investissent dans des domaines de service spécifiques et ne doivent pas nuire au système de santé au sens large.
3. Le soutien apporté par les Initiatives doit renforcer la prestation intégrée des services, en s'appuyant sur une base solide en soins de santé primaires.
4. Le soutien apporté par les Initiatives doit s'adapter aux environnements dynamiques (et imprévisibles), en fournissant un appui flexible pour créer des systèmes de santé apprenants.
5. Les Initiatives doivent soutenir une prestation équitable de la CSU, en visant à réduire les inégalités et à ne laisser personne de côté.
6. Les Initiatives doivent être évaluées sur leur contribution au renforcement des capacités des pays à progresser sur la voie de la CSU, de sorte à garantir la réussite et la pérennité de la transition vers l'arrêt du soutien des Initiatives.
7. Les Initiatives doivent se concentrer sur leurs avantages comparatifs au sein de l'architecture de la santé mondiale, y compris dans les biens publics mondiaux ; en cas de chevauchement des rôles ou des fonctions entre les différents acteurs, ceux-ci doivent être déplacés ou fusionnés.



# 7

Recommandations relatives au  
renforcement de l'écosystème  
des Initiatives pour la santé  
mondiale



# 7 Recommandations relatives au renforcement de l'écosystème des Initiatives pour la santé mondiale

## Les recommandations de l'équipe découlent des constatations suivantes de ce rapport :

- La plupart des experts (aux niveaux mondial et national) reconnaissent les bons résultats des Initiatives dans des domaines spécifiques, qui devraient être préservés.
- Il est également reconnu que le soutien apporté par les Initiatives aux pays n'est pas optimal à l'heure actuelle, et qu'il y a des coûts de transaction importants pour les pays, des effets négatifs involontaires et des pertes d'efficacité du fait de leur approche opérationnelle actuelle, ainsi qu'une pérennité limitée.
- Du point de vue des pays, les principes de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (151) restent valables et n'ont pas été pleinement respectés par la majorité des bailleurs de fonds et des Initiatives ; toutes les réformes devraient tendre vers une plus grande conformité avec ces principes.
- Compte tenu des changements dans le paysage mondial de la santé et des besoins de santé de la population attendus au cours des 20 prochaines années, des adaptations seront nécessaires, notamment en ce qui concerne les fardeaux émergents des maladies que les Initiatives actuelles ne traitent pas et le manque de financement.
- Les approches de gestion du changement ne font l'objet d'aucun consensus ; tous les changements ont des coûts et des avantages ; les intérêts directs et le positionnement des intervenants sont un élément important dans la gestion du changement ; les efforts de réforme antérieurs axés sur la coordination n'ont pas vraiment porté leurs fruits, car ils n'ont pas réussi à changer les incitations de base.
- Les Initiatives pour la santé mondiale interviennent dans un réseau complexe plus large d'intervenants, qui contribuent aux difficultés rencontrées comme aux succès. Si un grand nombre des problèmes relevés dans l'étude concernent l'ensemble des intervenants, l'accent mis ici sur les Initiatives est motivé par le fait qu'elles sont plus récentes dans l'architecture de la santé mondiale et qu'elles sont devenues de plus en plus influentes au fil des années et pourraient être vectrices de changement.
- Les PRFI présentent des degrés variables de capacité à assurer la CSU. Dès lors, chaque pays a besoin d'une approche graduée et personnalisée en matière de soutien : si certains pays vont apprendre à se passer du soutien des Initiatives pour la santé mondiale dans les 20 prochaines années, il restera probablement un groupe de pays à faible revenu et touchés par un conflit qui continueront à avoir besoin des subventions pour répondre aux besoins sanitaires de base.

## 7.1 Recommandations

Les recommandations ont été regroupées en six grands thèmes, même s'il y a des liens entre eux. La priorité devrait aller à la modification des incitations internes pour améliorer l'efficacité des Initiatives, en adoptant un point de vue systémique et en cherchant à obtenir un équilibre correct des rôles et des responsabilités, de manière verticale (entre les Initiatives et les pays/autorités infranationales) et horizontale (entre les Initiatives elles-mêmes et les autres intervenants). Guider les progrès vers la CSU et le RSS relève principalement de la responsabilité des gouvernements ; cependant, les Initiatives sont tenues de soutenir cette démarche en assurant la cohérence de leurs investissements avec le renforcement du système.



1

## Contribuer davantage à la CSU, y compris au fardeau émergent des maladies

**Les Initiatives pour la santé mondiale doivent commencer à soutenir la mise en place de plateformes de prestation de services intégrés afin de combler les lacunes dans la couverture, notamment pour les fardeaux des maladies émergents (y compris les MNT), mais aussi pour des groupes de population spécifiques. Elles doivent aussi veiller à ce que les services soient systématiquement à la disposition de tous, et pas seulement des clients atteints d'une maladie focale spécifique. Une discussion entre les acteurs mondiaux sera nécessaire pour s'assurer que l'écosystème de la santé mondiale dans son ensemble apporte un soutien adéquat aux politiques sur les MNT et le traitement de leurs facteurs sociaux et commerciaux.**

### **Intervenants principaux : secrétariats des Initiatives ; MS**

- Les Initiatives doivent cofinancer, avec le gouvernement et d'autres donateurs, l'ensemble essentiel de services de soins de santé ou un ensemble équivalent.
- Les Initiatives, et en particulier le FMSTP, doivent déployer l'expertise qui a été développée pour soutenir la gestion des maladies chroniques, afin d'appuyer d'autres domaines pertinents localement :
  - Par exemple, en utilisant l'approche VIH pour l'hépatite virale ou les infections sexuellement transmissibles, lorsqu'elles sont prévalentes ; en élargissant les systèmes relatifs à la TB pour inclure d'autres affections pulmonaires chroniques, telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme chronique ; en ajoutant des soins aigus pour les maladies fébriles aux traitements antipaludiques.
  - Le modèle de soins chroniques, y compris pour le diabète et l'hypertension, devrait être intégré aux SSP. Il devrait inclure des systèmes de santé communautaire et des approches préventives/incitatives, le cas échéant, y compris pour s'attaquer aux facteurs de risque communs (tabagisme, abus d'alcool, mauvaise alimentation et sédentarité).
  - Dans le cas du Gavi, des vaccins peuvent être ajoutés pour prévenir d'autres maladies infectieuses telles que le paludisme et également traiter les cancers d'origine virale.
  - FIND peut apporter sa pierre à l'édifice en soutenant le développement d'autres tests de diagnostic rapide sur le lieu de soin (ou à proximité) pour accélérer le dépistage (par exemple, de la pneumonie et d'autres infections bactériennes), avec un traitement et un aiguillage appropriés, ainsi qu'une utilisation efficace des médicaments essentiels.
- À l'appui de cette approche plus large et plus intégrée, axée sur le fardeau des maladies au niveau local et le rapport coût-efficacité des interventions, le secrétariat du FMSTP devrait également réviser son allocation mondiale des ressources au niveau des maladies et des pays, afin de s'assurer que le financement est adapté aux besoins épidémiologiques et financiers, ce qui, selon des informateurs clés, n'est toujours pas le cas, malgré les examens récents.

### **Intervenants principaux : conseils d'administration des Initiatives ; autres intervenants de la santé mondiale**

- Les conseils d'administration des Initiatives, les bailleurs de fonds et autres intervenants de la santé mondiale devraient examiner la meilleure façon de soutenir l'adoption et la mise en œuvre de politiques appropriées pour contrôler et réduire le fardeau croissant des MNT (en s'attaquant à leurs déterminants sociaux et commerciaux, tels que les « meilleurs choix » de l'OMS). Les Initiatives centrales telles que le FMSTP ont une certaine expertise à apporter du fait de leur engagement dans l'action multisectorielle contre le VIH/sida, mais il est nécessaire de mener une évaluation complète de l'avantage comparatif dans ce domaine en tenant également compte des autres organisations existantes.



## 2 Renforcer ou du moins ne pas nuire aux systèmes de santé

**Les investissements des Initiatives pour la santé mondiale doivent tous viser à soutenir les systèmes de santé nationaux et infranationaux et ne pas les saper, afin de renforcer les systèmes au lieu de créer des programmes ou des projets.**

### **Intervenants principaux : secrétariats des Initiatives ; MS**

- En ce qui concerne la planification, les Initiatives devraient soutenir la planification intégrée au niveau national, plutôt que d'exiger des plans distincts par maladie. Les plans de programme devraient être intégrés dans les stratégies sectorielles nationales. Cela nécessitera également le soutien d'autres intervenants de la santé mondiale, tels que l'OMS.
- En ce qui concerne la gouvernance, il conviendrait d'examiner à minima les ICN et les mécanismes équivalents des autres Initiatives dans chaque contexte pour s'assurer qu'ils sont capables de planifier efficacement les investissements réalisés dans la CSU. Les mandats et le recrutement mondiaux et locaux doivent être adaptés au besoin et l'expertise du conseil d'administration dans ce domaine doit être vérifiée.
- De manière plus ambitieuse, les fonctions des ICN pourraient être transférées aux structures de gouvernance de routine dans les pays où les mécanismes de gouvernance du secteur de la santé au niveau du gouvernement/des partenaires de développement sont opérationnels. Des projets pilotes devraient être effectués dans quelques contextes prometteurs avant d'élargir le déploiement.
- En matière de financement, tous les fonds doivent contribuer à des plans nationaux réalistes et chiffrés, pilotés par le MS, avec le soutien de partenaires pour assurer le développement si nécessaire.
- Les Initiatives doivent opter pour des périodes de subvention plus longues (si ce n'est pas déjà le cas), de cinq ans ou plus, car elles sont plus efficaces pour obtenir des résultats complexes. Pour ce faire, les cycles de financement des bailleurs de fonds doivent aussi être adaptés.
- En matière de personnel, il faut veiller en priorité à ce que toutes les Initiatives (ainsi que tous les autres partenaires de développement) utilisent des échelles de rémunération nationales pour le personnel de santé et les agents de santé communautaire (ASC), en coordination avec le MS.
- Les Initiatives doivent utiliser les systèmes nationaux d'information sanitaire pour recueillir les données et communiquer les résultats, afin d'investir dans ces systèmes et de les renforcer. Cependant, l'intégration des systèmes existants de déclaration des maladies dans le principal système de gestion de l'information sanitaire (SGIS) est une tâche complexe. Des projets pilotes devront donc être effectués à petite échelle pour éviter de perdre la déclaration des résultats des maladies chroniques.
- En ce qui concerne les fournitures et les médicaments, le Gavi et le FMSTP doivent axer leurs investissements sur des fonctions essentielles, notamment sur les chaînes logistiques et l'approvisionnement d'un point de vue global.

### **Intervenants principaux : bailleurs de fonds des Initiatives ; conseils d'administration des Initiatives ; OMS**

- Pour soutenir une approche de renforcement du système, les bailleurs de fonds des Initiatives doivent veiller à ce que toutes les Initiatives aient des indicateurs de performance clés sur l'harmonisation avec les systèmes nationaux et leur harmonisation interne, qui doivent être systématiquement suivis par leurs conseils d'administration ; c'est actuellement le cas avec le GFF, mais pas avec les autres Initiatives.
- Les Initiatives doivent également se mettre d'accord, en collaboration avec d'autres intervenants et en particulier l'OMS, sur des indicateurs communs pour le RSS et la CSU. Tous doivent rendre compte du même ensemble d'indicateurs et admettre que les Initiatives ne pourront prétendre qu'à une contribution aux résultats. L'OMS devrait diriger cette discussion, car elle a déjà un mandat et une orientation à l'échelle du système. Les travaux peuvent s'appuyer sur la collaboration internationale pour l'évaluation du RSS (152), à laquelle les Initiatives ont participé.



### 3

## Réduire les coûts pour les pays et augmenter l'efficacité et l'efficacité des investissements des Initiatives pour la santé mondiale

**Les investissements des Initiatives doivent gagner en efficacité et en efficacité afin de limiter les coûts au niveau des pays, de réduire les doubles emplois et le gaspillage et d'améliorer l'efficacité globale du système, ce qui est essentiel pour maintenir les services dans un contexte de contraintes et de besoins croissants.**

**Intervenants principaux : secrétariats des Initiatives ; bailleurs de fonds des Initiatives**

**L'ensemble de recommandations ci-dessous porte sur la réduction des coûts de transaction et sur le renforcement des capacités au niveau des pays par les grandes Initiatives :**

- Harmoniser les calendriers, les processus de demande et les calendriers de déboursement entre les fonds. Ces derniers doivent être en phase avec les cycles de financement ; un accord préalable avec les bailleurs de fonds est donc nécessaire.
- Les Initiatives doivent soutenir les investissements conjoints dans les fonctions clés communes, telles que DHIS, l'approvisionnement en médicaments et le renforcement des systèmes de GFP.
- Lorsque leurs fonds ne passent pas par le système de GFP, les Initiatives doivent au moins adopter un processus de déboursement commun, plutôt que passer par différents centres de gestion financière, afin de renforcer les capacités nationales et de réduire la complexité pour les pays.
- Fusionner les unités de mise en œuvre des projets et, si possible, les intégrer dans le MS.
- Effectuer des rapports, des audits et des missions conjoints. Cela nécessite de modifier des règles organisationnelles, en ayant l'adhésion des bailleurs de fonds, ainsi que de créer un groupe de travail inter-Initiatives pour opérationnaliser ces points.

**Les autres recommandations portent davantage sur l'amélioration des allocations financières et le renforcement de la transparence :**

- Le FMSTP et le Gavi doivent progressivement augmenter le nombre de pays où leurs fonds sont inscrits au budget, en donnant le pourcentage à leurs conseils d'administration sous la forme d'un indicateur de performance clé.
- Ils doivent s'assurer que les demandes de financement sont structurées de manière appropriée pour cartographier et compléter les budgets publics, en collaboration avec les services budgétaires du MS.
- Toutes les Initiatives doivent assurer la transparence sur les ressources déboursées pour le gouvernement et les gestionnaires de la santé locaux (de districts, par exemple), rapportées au budget public.
- Il est également souhaitable de s'éloigner du financement basé sur les intrants afin que les pays puissent gérer leurs propres processus, mais cela nécessitera une instruction et un pilotage progressifs. La budgétisation basée sur les programmes ou les systèmes existants de paiement basés sur les résultats dans les pays doivent être suffisants pour que cela soit fait efficacement.



## 4

# Soutenir la responsabilisation des pays, le renforcement des capacités et tracer une voie claire pour mettre fin à la dépendance aux Initiatives pour la santé mondiale

**Si les Initiatives jouent un rôle important dans le cadre actuel, il faut définir clairement leur date de clôture prévue et les modalités de cette clôture. Cette responsabilité revient principalement aux bailleurs de fonds des Initiatives. Si un accord est trouvé sur ce point, il deviendra alors urgent de renforcer les capacités techniques des pays et d'inciter les gouvernements à endosser les responsabilités financières.**

### **Intervenants principaux : bailleurs de fonds des Initiatives ; conseils d'administration des Initiatives**

- Organiser une discussion sur la stratégie de sortie, en faisant des distinctions par Initiative, mais aussi par fonction au sein de ces Initiatives, ainsi que par niveau de préparation du pays.
- Les conseils d'administration doivent veiller à ce que les critères d'attribution du soutien aux pays tiennent compte de leur capacité de paiement (en mettant au second plan les pays mieux lotis et en se concentrant sur ceux qui ont moins de ressources).

### **Intervenants principaux : secrétariats des Initiatives ; MS ; bailleurs de fonds des Initiatives**

- Les Initiatives doivent toutes rendre des comptes sur les progrès et le financement aux services concernés dans chaque pays, et pas seulement à leurs bailleurs de fonds et à leur conseil d'administration.
- L'AT financée par les Initiatives doit être commanditée et coordonnée par un point central du MS, sur la base des priorités nationales convenues, et doit donner la priorité à l'expertise locale (y compris du point de vue de la langue). Certaines Initiatives sont déjà à l'œuvre pour les plans nationaux, mais ce processus doit être élargi à toutes les Initiatives.
- Les Initiatives doivent de plus en plus faire passer leurs fonds via les gouvernements dans un cadre de partenariat, à l'exception de services très spécifiques que les gouvernements ne peuvent pas fournir.
- Le FMSTP, en particulier, doit donner des règles plus claires sur le cofinancement et la transition, car elles sont jugées très opaques à l'heure actuelle, ce qui n'incite pas clairement les pays à se préparer.
- Renforcer le fonctionnement des conseils d'administration des Initiatives pour assurer une participation et une représentation efficaces (par exemple, des réunions entre les conseils d'administration des Initiatives, une transparence accrue, des changements fréquents dans les sièges du conseil d'administration, etc.). Pour ce faire, il sera nécessaire de mener une analyse approfondie des obstacles à une participation efficace, comme l'accès à l'information, les possibilités de questionner le secrétariat, les commentaires sur les décisions, en veillant à ce que tous les pays de mise en œuvre se sentent représentés.

### **Intervenants principaux : Initiatives axées sur la R&D**

- Les Initiatives axées sur la R&D doivent accroître la collaboration avec les partenaires locaux qui travaillent sur les systèmes de R&D, de production et de réglementation, en tirant parti des opportunités de fabrication locales pour des produits spécifiques, le cas échéant. La rationalisation des systèmes réglementaires nécessitera un engagement avec les acteurs régionaux.



## 5

# Garantir une harmonisation plus efficace entre les Initiatives pour la santé mondiale et avec les autres intervenants au sens large

**Au-delà des réformes au sein de chaque Initiative et des relations avec les gouvernements, il est nécessaire de garantir la cohérence dans le groupe des Initiatives et avec les intervenants au sens large, afin de maximiser l'efficacité globale de l'écosystème.**

### **Intervenants principaux : bailleurs de fonds des Initiatives ; conseils d'administration des Initiatives**

- Il faut instaurer un dialogue régulier au niveau des conseils d'administration et entre chaque réunion officielle pour assurer des synergies, encourager les partenariats entre les agences à un niveau stratégique sur des objectifs communs et convenir de la meilleure façon d'atteindre ces objectifs, avec une définition claire des rôles entre les Initiatives.
- Un conseil de facilitation conjoint entre les organes directeurs des Initiatives est une option à envisager pour faciliter ce dialogue.
- L'élaboration d'un cadre de suivi et de responsabilisation pour les Initiatives pourrait être un produit clé de ce groupe.
- Les bailleurs de fonds doivent également s'assurer que les conseils d'administration des Initiatives disposent d'indicateurs et de mécanismes de redevabilité partagée sur la collaboration et l'alignement au sein des intervenants de la santé au niveau mondial. Dans une certaine mesure, le GFF a déjà intégré ce mode de fonctionnement, qui pourrait aussi faire partie des programmes stratégiques du FMSTP et du Gavi, mais potentiellement pas avant leur prochaine révision.
- Pour harmoniser et simplifier le soutien apporté aux pays, les bailleurs de fonds et les conseils d'administration doivent aligner les cycles et les modèles de reconstitution des ressources des Initiatives.
- Des évaluations indépendantes plus fréquentes et plus approfondies des Initiatives, orientées sur une prestation globale des services et sur le système de santé, permettraient d'obtenir de meilleurs éléments concrets pour soutenir le changement de cap des Initiatives, notamment leur alignement.
- Plus généralement, les Initiatives doivent investir dans des analyses pertinentes pour fournir la base factuelle de ce qui fonctionne bien ou non et pour combler les lacunes en matière de données mises en évidence dans ce rapport. De très nombreux apprentissages expérimentaux et enseignements des vingt dernières années sont disponibles pour guider les améliorations en matière de soutien et de résultats.

### **Intervenants principaux : MS ; secrétariats des Initiatives**

- Au niveau des pays, si la coordination des Initiatives n'est pas intégrée dans la gouvernance sectorielle de routine, comme souligné ci-dessus, une autre solution consisterait à créer une structure de gouvernance intégrée unique pour toutes les Initiatives au niveau des pays. Cette structure nécessiterait un leadership national fort et gagnerait à être testée dans le cadre de projets pilotes menés dans quelques pays volontaires présentant les capacités nécessaires.



6

## 6 Limiter la prolifération des Initiatives pour la santé mondiale ; se concentrer sur le renforcement de l'architecture existante

**Quand des problèmes sont apparus, la tendance a plutôt été d'ajouter de nouvelles structures au lieu de renforcer ou de réformer les plateformes existantes, ce qui ajoute à la surcharge au niveau des pays et gaspille potentiellement des ressources. Les bailleurs de fonds des Initiatives pour la santé mondiale et les autres partenaires de la santé mondiale doivent s'engager à freiner la prolifération des Initiatives et à remédier au chevauchement en rationalisant les fonctions ou les organisations.**

### **Intervenants principaux : bailleurs de fonds des Initiatives**

- Même si cela s'annonce compliqué, il serait bon que les acteurs de la santé mondiale trouvent un accord au niveau des pays pour renforcer les structures existantes au lieu de les contourner en en créant de nouvelles.
- Il conviendrait d'évaluer des réformes structurelles sélectives qui renforceraient le fonctionnement. Ainsi, la CEPI et le Gavi travaillent déjà en étroite collaboration sur les vaccins, Unitaïd et le FMSTP travaillent également ensemble sur les innovations, tandis que le FMSTP et le Gavi partagent de nombreuses fonctions essentielles, telles que les finances et les audits. Les Initiatives qui peuvent intégrer et mettre en commun des fonctions doivent travailler en ce sens pour rationaliser le soutien aux pays. Le modèle de services conjoints est une approche possible pour réaliser cette rationalisation.

## 7.2 Gestion du changement

Ces recommandations nécessitent une action des gouvernements et des bailleurs de fonds en premier lieu, pour convenir des principes fondamentaux des réformes. La prochaine étape consisterait à examiner leur opérationnalisation, en travaillant en étroite collaboration avec la haute direction des Initiatives et leur secrétariat, ainsi qu'avec les MS nationaux, les autres acteurs de la santé mondiale et les représentants des OSC. Des résistances sont anticipées ; cependant, si les bailleurs de fonds s'alignent sur un programme de réformes, les règles opérationnelles (par exemple, les règles d'audit qui interdisent actuellement le financement commun pour le FMSTP) peuvent être modifiées pour permettre un travail plus aligné. Ce projet pourrait être mené à bien d'ici un à trois ans. Un mécanisme inter-Initiatives pour le suivi des recommandations (tel que priorisé dans le processus FGHI complet) sera un élément important.

Les bailleurs de fonds devront se concentrer davantage sur les indicateurs de performance globaux du système pour mesurer les résultats (et gérer les risques de performance), et abandonner certains de leurs contrôles sur les risques fiduciaires (à moins que des circonstances spécifiques ne soulignent la nécessité de déployer des mesures particulières). Autre aspect important pour les réformes : la nécessité d'accepter de nouvelles façons d'évaluer la contribution au lieu d'essayer de contrôler les intrants et les processus afin d'attribuer les résultats.

Bon nombre des changements nécessaires dépendent de la mobilisation et de la capacité des gouvernements à réussir : ces changements pourraient dès lors être testés dans les pays qui présentent des niveaux plus élevés de cet engagement et de cette capacité, l'objectif étant d'introduire des changements progressifs à mesure que les pays sont prêts. Cela n'est pas nécessairement lié au niveau de revenu, car les PFR ont également fait preuve d'un leadership fort sur le développement de leur système de santé par le passé (le Vietnam, l'Éthiopie et le Rwanda sont souvent cités comme modèles). Les investissements doivent être adaptés aux capacités de chaque pays, avec un rôle plus important pour les Initiatives dans des contextes fragiles et humanitaires et un rôle différencié des Initiatives dans les pays dotés d'un leadership fort et d'un financement national de la santé.

Il est difficile de savoir si la conjoncture est propice aux changements, mais nos consultations révèlent qu'il est urgent d'agir et ce message devra être porté à des niveaux plus politiques. L'évolution du paysage, comme souligné, signifie que nous ne pouvons pas nous permettre de continuer dans cette voie. Il est nécessaire d'apporter un soutien de meilleure qualité et plus pérenne. Les OMD, qui ont guidé les actions des Initiatives, doivent céder la place pour favoriser la prise en compte du programme des ODD, entre autres. Les consultations ont révélé une variété de positions et il est clair que le changement est perçu comme une menace pour certains des intervenants, notamment certaines sections des Initiatives et certaines sections au niveau des pays qui bénéficient de la configuration actuelle en termes d'influence et de ressources. Le contexte est en train de changer. Poursuivre sur cette voie sans apporter d'adaptations peut entraîner des risques plus graves de chevauchement et de baisse du soutien. Au sein des Initiatives, beaucoup critiquent la configuration actuelle et leurs connaissances et leurs points de vue seront essentiels pour élaborer de futures réformes et en garantir le succès.

Ces changements doivent être le fruit d'un partenariat entre le secrétariat des Initiatives, leur conseil d'administration, leurs bailleurs de fonds, les acteurs de la santé au niveau mondial au sens large et, bien sûr, les pays (gouvernements et société civile) que les Initiatives avaient pour vocation de soutenir. Dès lors, toutes les parties doivent s'engager en faveur de ces changements, qui ne concernent pas seulement les hauts dirigeants des Initiatives, bien que ceux-ci soient essentiels, mais aussi les bailleurs de fonds et les fondations dont la fragmentation interne de la programmation a contribué au problème, les autres partenaires, notamment au sein du système des Nations Unies, qui ont également renforcé une approche cloisonnée par programme, les ONG qui ont bénéficié de systèmes de prestations parallèles coûteux, ainsi que le leadership national dans les pays, dont des pans ont bénéficié de flux de financement fragmentés et opaques. Tous font partie d'un système complexe avec des interdépendances, qui n'ont pas été précisément étudiées ici, mais qui sont devenues un pan important du paysage.

Comme pour tous les changements, il y aura des perdants et des gagnants, mais avec une récompense à la clé : la création d'un système de santé au niveau mondial plus équitable, plus efficace et plus efficient, où les fonds sont acheminés vers les secteurs qui en ont le plus besoin et qui ont le moins de financements (y compris dans les États fragiles et les contextes humanitaires), où la responsabilité nationale de coordination des priorités, des financements et de la prestation des services de santé est respectée, et où les investissements se traduisent par des gains à long terme et un renforcement durable des capacités grâce à une programmation intégrée et à la suppression des gaspillages.



---

# 8

## Conclusion



## 8 Conclusion

Ce rapport regroupe les résultats d'une série de consultations rapides aux niveaux national, régional et mondial sur le rôle de certaines Initiatives clés dans la contribution à l'objectif mondialement accepté de la CSU.

Personne n'a soutenu que le statu quo devait être la voie à suivre. Certains ont défendu l'idée d'un changement radical (abolition des Initiatives sous leur forme actuelle), mais ces positions étaient minoritaires et moins représentées au niveau des pays. La majorité s'est exprimée en faveur du maintien des Initiatives, mais en précisant qu'elles devaient se transformer en profondeur pour aider plus efficacement les pays à assurer la CSU – et toutes ses composantes – sur le long terme, notamment face aux chocs et aux facteurs de contrainte. Ces réformes doivent être façonnées par des principes clairs de transparence et de redevabilité et des indicateurs de performance qui modifient les incitations internes pour passer du déboursement de fonds à un objectif commun de réalisation de l'ODD3 et en particulier de la CSU. Si les indicateurs fondamentaux ne changent pas, les problèmes notés ici persisteront.

**Les changements suggérés renforceront l'écosystème, ainsi que l'efficacité des Initiatives individuelles (en particulier celles qui fournissent des fonds et des produits de base directement aux pays). Les principales modifications visent à :**

- passer d'un mode de prestation et de soins cloisonné par maladie à un mode intégré ;
- fournir un soutien aux systèmes de santé dans leur ensemble, y compris le contrôle intégré des maladies plutôt que des composantes verticales (non intégrées) au sein des systèmes de santé ;
- rationaliser les systèmes des Initiatives (en leur sein et entre elles) pour en faciliter la gestion et en renforcer l'efficacité au niveau national ;
- tracer une voie plus claire pour mettre fin à la dépendance aux Initiatives, en renforçant les capacités des pays tout en clarifiant la transition ;
- faire de l'harmonisation des Initiatives un indicateur de performance clé pour elles comme pour leurs bailleurs de fonds ;
- veiller à ce que les bailleurs de fonds s'engagent à renforcer l'architecture existante et à limiter la prolifération des Initiatives.

Le soutien aux pays doit être impulsé par les priorités, les besoins (financiers, épidémiologiques et sociaux) et les performances des pays, dans le cadre d'un partenariat mondial qui se traduit par des systèmes de santé plus forts et plus résilients qui assurent une CSU durable pour tous.

# Références bibliographiques

1. Wellcome (Internet, site consulté le 19 mars 2023). Processus « Avenir des Initiatives pour la santé mondiale ». Disponible sur : <https://wellcome.org/what-we-do/our-work/future-global-health-initiatives-process>
2. Couverture sanitaire universelle (CSU) (Internet, site consulté le 5 juillet 2023). Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
3. Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade (Internet, site consulté le 8 juillet 2023). *Political Economy Analysis Guidance Note*. Disponible sur : <https://www.dfat.gov.au/about-us/publications/Pages/political-economy-analysis-guidance-note>
4. BEAM Exchange (Internet, site consulté le 8 juillet 2023). *Political economy analysis how-to note*. Disponible sur : <https://beamexchange.org/resources/468/>
5. Harris D., *Applied political economy analysis: a problem-driven framework*. 27 juin 2014 (site consulté le 8 juillet 2023) ; disponible sur : <https://odi.org/en/publications/applied-political-economy-analysis-a-problem-driven-framework/>
6. Fritz V, Levy B, Ort R. *Problem-Driven Political Economy Analysis: The World Bank's Experience* (Internet). World Bank Publications ; 2014. 266 p. Disponible sur : <https://play.google.com/store/books/details?id=AyNwAgAAQBAJ>
7. Bertone MP, Wurie H, Samai M, Witter S. *The bumpy trajectory of performance-based financing for healthcare in Sierra Leone: agency, structure and frames shaping the policy process*. Globalization and Health (Internet). 20 octobre 2018 ; 14(1):99. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-018-0417-y>
8. Buse K, Hawkes S. *Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?* Globalization and Health (Internet). 21 mars 2015 ; 11:13. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet). 2018 (site consulté le 8 juillet 2023). *Financing Global Health 2017: Funding universal health coverage and the unfinished HIV/AIDS agenda*. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2017>
10. Hoffman SJ, Cole CB. *Defining the global health system and systematically mapping its network of actors*. Globalization and Health (Internet). 17 avril 2018 ; 14(1):38. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
11. Fergus CA. *Power across the global health landscape: a network analysis of development assistance 1990-2015*. *Health Policy Plan* (Internet). 13 juin 2022 ; 37(6):779-90. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czac025>
12. Nishio A, Tata G, Nishio A, Tata G. *Insights on proliferation and fragmentation to boost aid effectiveness during crises* (Internet). Blogs de la Banque mondiale. World Bank Group ; 2022 (site consulté le 8 juillet 2023). Disponible sur : <https://blogs.worldbank.org/voices/insights-proliferation-and-fragmentation-boost-aid-effectiveness-during-crisis>
13. Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet, site consulté le 8 juillet 2023). *Financing global health*. Disponible sur : <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
14. Smitham E. Center For Global Development | Ideas to Action. (Site consulté le 27 juillet 2023). *Is the new Pandemic Fund where vertical can finally meet horizontal?* Disponible sur : <https://www.cgdev.org/blog/world-banks-new-pandemic-fund-where-vertical-can-finally-meet-horizontal>
15. Akihiko Nishio, vice-président de la Banque mondiale pour le financement du développement, « *Insights on the Proliferation and Fragmentation of Aid in the Health Sector* », 29 juin 2023.
16. Sorensen BH, Masaki E, Panyanouvong T, Vongsonephet T, Thitsy S, Chamleunsab M, et al. *Managing transitions : reaching the vulnerable while pursuing Universal Health Coverage* (Vol. 2 (Internet). Washington, D.C. : World Bank Group. ; déc. 2017. Rapport n° : 121809. Disponible sur : <https://documents.banquemondiale.org/fr/publication/documents-reports/documentdetail/861981512149155081/health-financing-system-assessment-in-lao-pdr>

17. Global Burden of Disease 2021 Health Financing Collaborator Network. *Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026*. The Lancet Global Health (Internet). mars 2023 ; 11(3):e385–413. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00007-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00007-4)
18. OCDE. Système de notification des pays créanciers (SNPC) (Internet, site consulté le 24 juin 2023). Disponible sur : <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>
19. Knox D. Development Initiatives. (Site consulté le 12 juillet 2023). *Aid spent on health: ODA data on donors, sectors, recipients*. Disponible sur : <https://devinit.org/resources/aid-spent-health-oda-data-donors-sectors-recipients/>
20. Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet). (Site consulté le 24 juin 2023). *Financing global health*. Disponible sur : <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>
21. Base de données des dépenses de santé à l'échelle mondiale (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/fr>
22. Global Burden of Disease 2020 Health Financing Collaborator Network. *Tracking development assistance for health and for COVID-19: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990-2050*. The Lancet (Internet). 9 octobre 2021 ; 398(10308):1317–43. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01258-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01258-7)
23. Ifeagwu SC, Yang JC, Parkes-Ratanshi R, Brayne C. *Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review*. Global Health Research and Policy (Internet). 1<sup>er</sup> mars 2021 ; 6(1):8. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7>
24. Chu A, Kwon S, Cowley P. *Health Financing Reforms for Moving towards Universal Health Coverage in the Western Pacific Region*. Health Systems & Reform (Internet). 2019 ; 5(1):32–47. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2018.1544029>
25. Bertone MP, Jowett M, Dale E, Witter S. *Health financing in fragile and conflict-affected settings: What do we know, seven years on?* Social Science & Medicine (Internet). Juillet 2019 ; 232:209–19. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.019>
26. Graves CM, Haakenstad A, Dieleman JL. *Tracking development assistance for health to fragile states: 2005–2011*. Globalization and Health (Internet). 19 mars 2015 ; 11(1):12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0097-9>
27. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. *Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050*. The Lancet (Internet). 1<sup>er</sup> juin 2019 (site consulté le 9 juillet 2023) ; 393(10187):2233–60. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/article/S0140673619308414/abstract>
28. The Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). *Global Burden of Disease 2019 disease, injury, and impairment summaries*. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/node/7849>
29. (Micah) AA, Dieleman J. The Institute for Health Metrics and Evaluation. (Site consulté le 27 juillet 2023). *Financing Global Health 2021: Global health priorities in a time of change*. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2021-global-health-priorities-time-change>
30. Voigt K, King NB. *Out of Alignment? Limitations of the Global Burden of Disease in Assessing the Allocation of Global Health Aid*. Public Health Ethics (Internet). Novembre 2017 ; 10(3):244–56. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1093/phe/phx012>
31. Compare GBD, Hub IV. Vizhub. healthdata. org. 2021.
32. Hoffman SJ, Cole CB, Pearcey M. *Research Paper* (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). Disponible sur : [https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field\\_document/20150120GlobalHealthArchitectureHoffmanColePearcey.pdf](https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field_document/20150120GlobalHealthArchitectureHoffmanColePearcey.pdf)
33. English publisher. Organisation mondiale de la santé - Bureau régional pour la Méditerranée orientale. (Site consulté le 8 juillet 2023). *Global health initiatives*. Disponible sur : <https://www.emro.who.int/health-topics/global-health-initiative/index.html>

34. Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet). 2023 (site consulté le 8 juillet 2023). *Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: tracking development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026*. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/research-article/global-investments-pandemic-preparedness-and-covid-19-tracking-development>
35. M, Albala S, Seghers F, Kattel R, Liao C, Chaudron M, et al. *Applying market shaping approaches to increase access to assistive technology in low- and middle-income countries*. Assistive Technology (Internet). 1<sup>er</sup> décembre 2021 ; 33(sup1):124–35. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/10400435.2021.1991050>
36. *Funding and Expenditure* (décembre 2018) (Internet). CEPI ; déc. 2018. Rapport n° : 050319. Disponible sur : [https://cepi.net/wp-content/uploads/2019/03/050319-Funding-and-Expenditure-Final\\_V3.pdf](https://cepi.net/wp-content/uploads/2019/03/050319-Funding-and-Expenditure-Final_V3.pdf)
37. Agyepong I, Spicer N, Ooms G, Jahn A, Bärnighausen T, Beiersmann C, et al. *Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion*. The Lancet (Internet). 10 juin 2023 ; 401(10392):1964–2012. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01930-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01930-4)
38. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016--40 for 195 countries and territories*. The Lancet (Internet). 2018 ; 392(10159):2052–90. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS0140-6736\(18\)31694-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS0140-6736(18)31694-5/fulltext)
39. GBD 2019 Viewpoint Collaborators. *Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet (Internet). 17 octobre 2020 ; 396(10258):1135–59. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31404-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5)
40. O'Neill J. et al. *Review on antimicrobial resistance: tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations*. *Review on antimicrobial resistance: tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations* (Internet). 2016 ; disponible sur : <https://www.cabdirect.org/globalhealth/abstract/20163354200>
41. Kelly-Cirino CD, Nkengasong J, Kettler H, Tongio I, Gay-Andrieu F, Escadafal C, et al. *Importance of diagnostics in epidemic and pandemic preparedness*. BMJ Global Health (Internet). 29 janvier 2019 ; 4(Suppl 2):e001179. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001179>
42. Lee KK, Bing R, Kiang J, Bashir S, Spath N, Stelzle D, et coll. *Adverse health effects associated with household air pollution: a systematic review, meta-analysis, and burden estimation study*. The Lancet Global Health (Internet). Novembre 2020 ; 8(11):e1427–34. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30343-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30343-0)
43. Boogaard H, Walker K, Cohen AJ. *Air pollution: the emergence of a major global health risk factor*. International Health (Internet). 13 novembre 2019 ; 11(6):417–21. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1093/inthealth/ihz078>
44. Jowett M, Dale E, Griekspoor A, Kabaniha G, Mataria A. *Synthesis of evidence and policy recommendations: health financing policy and implementation in fragile and conflict-affected settings*. Genève : Santé mondiale.
45. *Synthesis of evidence and policy recommendations: Health financing policy and implementation in fragile and conflict-affected settings* (Internet). Organisation mondiale de la santé ; 2020 (site consulté le 9 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000351-4>
46. GBD 2019 Demographics Collaborators. *Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet (Internet). 17 octobre 2020 ; 396(10258):1160–203. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
47. Ezeh A, Kissling F, Singer P. *Why sub-Saharan Africa might exceed its projected population size by 2100*. The Lancet (Internet). 17 octobre 2020 ; 396(10258):1131–3. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31522-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31522-1)
48. Kurjak A, Stanojević M, Dudenhausen J. *Why maternal mortality in the world remains tragedy in low-income countries and shame for high-income ones: will sustainable development goals (SDG) help?* Journal of Perinatal Medicine (Internet). 23 février 2023 ; 51(2):170–81. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1515/jpm-2022-0061>

49. Yuan H, Wang X, Gao L, Wang T, Liu B, Fang D, et coll. *Progress towards the Sustainable Development Goals has been slowed by indirect effects of the COVID-19 pandemic*. Communications Earth & Environment (Internet). 8 juin 2023 (site consulté le 27 juillet 2023) ; 4(1):1–13. Disponible sur : <https://www.nature.com/articles/s43247-023-00846-x>
50. Health Organization W. *Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report* (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357607/9789240040618-eng.pdf>
51. *A call to expand international debt relief for all developing countries to increase access to public resources for health care* (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://apha.org/Policies-and-Advocacy/Public-Health-Policy-Statements/Policy-Database/2023/01/18/Expand-International-Debt-Relief>
52. Abubakar I. *The future of migration, human populations, and global health in the Anthropocene*. The Lancet (Internet). 17 octobre 2020 ; 396(10258):1133–4. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31523-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31523-3)
53. UNHCR (Internet). UNHCR - L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés ; (site consulté le 9 juillet 2023). *Global trends report 2022*. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>
54. Schwalbe N, Wahl B. *Artificial intelligence and the future of global health*. The Lancet (Internet). 16 mai 2020 ; 395(10236):1579–86. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30226-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30226-9)
55. Forum économique mondial (Internet, site consulté le 9 mars 2023). *Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the future of health and healthcare*. Disponible sur : <https://www.weforum.org/reports/global-health-and-healthcare-strategic-outlook-shaping-the-future-of-health-and-healthcare/>
56. Low-Beer D, Komatsu R, Kunii O. *Saving lives in health: global estimates and country measurement*. PLOS Medicine (Internet). Octobre 2013 ; 10(10):e1001523. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001523>
57. Komatsu R, Low-Beer D, Schwartländer B. *Global Fund-supported programmes contribution to international targets and the Millennium Development Goals: an initial analysis*. Bulletin of the World Health Organization (Internet). Octobre 2007 ; 85(10):805–11. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.2471/blt.06.038315>
58. Komatsu R, Korenromp EL, Low-Beer D, Watt C, Dye C, Steketee RW, et al. *Lives saved by Global Fund-supported HIV/AIDS, tuberculosis and malaria programs: estimation approach and results between 2003 and end-2007*. BMC Infectious Diseases (Internet). 30 avril 2010 ; 10:109. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-10-109>
59. Jaupart P, Dipple L, Dercon S. *Has Gavi lived up to its promise? Quasi-experimental evidence on country immunisation rates and child mortality*. BMJ Global Health (Internet). 3 décembre 2019 ; 4(6):e001789. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001789>
60. *WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage* (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage>
61. Track20 (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.track20.org/>
62. Carter B. *Micro levies for global public goods* (Internet). gsdrc.org ; 2015 (site consulté le 16 mars 2023). Disponible sur : <http://gsdrc.org/wp-content/uploads/2015/12/HDQ1318.pdf>
63. Bermudez J, 't Hoen E. *The UNITAID Patent Pool Initiative: Bringing Patents Together for the Common Good*. Open AIDS Journal (Internet). 19 janvier 2010 ; 4:37–40. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.2174/1874613601004020037>
64. Hughes-McLure S, Mawdsley E. *Innovative Finance for Development? Vaccine Bonds and the Hidden Costs of Financialization*. Economic Geography (Internet). 15 mars 2022 ; 98(2):145–69. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/00130095.2021.2020090>
65. Fonds de contrepartie de Gavi (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.gavi.org/fr/investissez-dans-gavi/financement-novateur/fonds-contrepartie-gavi>

66. Atun R, Silva S, Knaul FM. *Innovative financing instruments for global health 2002-15: a systematic analysis*. The Lancet Global Health (Internet). Juillet 2017 ; 5(7):e720–6. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30198-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30198-5)
67. Moon S, Omole O. *Development assistance for health: critiques, proposals and prospects for change*. Health Economics, Policy and Law (Internet). Avril 2017 ; 12(2):207–21. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133116000463>
68. Diofasi A. Center For Global Development | Ideas to Action. (Site consulté le 25 juillet 2023). *Global public goods for development: How much and what for*. Disponible sur : <https://www.cgdev.org/publication/global-public-goods-development-how-much-and-what>
69. Unitaid (Internet). 2017 (site consulté le 27 juillet 2023). Le Medicines Patent Pool (La Communauté de brevets des médicaments). Disponible sur : <https://unitaid.org/project/medicines-patent-pool/#fr>
70. Velásquez G. *Where Does Global Health Funding Come From and Where Does It Go?* (Internet). The South Centre ; mars 2023. Disponible sur : [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2023/04/RP176\\_WHERE-DOES-GLOBAL-HEALTH-FUNDING-COME-FROM-AND-WHERE-DOES-IT-GO\\_EN.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2023/04/RP176_WHERE-DOES-GLOBAL-HEALTH-FUNDING-COME-FROM-AND-WHERE-DOES-IT-GO_EN.pdf)
71. Chattu VK, Soosanna K. *The growing epidemic of MDR-TB and concerns for global health security*. International Journal of Contemporary Medical Research (Internet). 2016 ; 3:329–31. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/profile/Vijay-Kumar-Chattu/publication/288839929\\_The\\_Growing\\_Epidemic\\_of\\_MDR-TB\\_and\\_Concerns\\_for\\_Global\\_Health\\_Security/links/5a466c2aa6fdcce1971b6a19/The-Growing-Epidemic-of-MDR-TB-and-Concerns-for-Global-Health-Security.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vijay-Kumar-Chattu/publication/288839929_The_Growing_Epidemic_of_MDR-TB_and_Concerns_for_Global_Health_Security/links/5a466c2aa6fdcce1971b6a19/The-Growing-Epidemic-of-MDR-TB-and-Concerns-for-Global-Health-Security.pdf)
72. Parmaksiz K, Pisani E, Bal R, Kok MO. *A systematic review of pooled procurement of medicines and vaccines: identifying elements of success*. Globalization and Health (Internet). 11 juin 2022 ; 18(1):59. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-022-00847-z>
73. Sourcing & management of health products (Internet, site consulté le 11 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/en/sourcing-management/>
74. Inauguration de la plateforme de production de tests de diagnostic rapide à l'Institut Pasteur de Dakar (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.pasteur.sn/fr/actualites/actualite-covid/inauguration-de-la-plateforme-de-production-de-tests-de-diagnostic-rapide-linstitut-pasteur-de-dakar>
75. Unitaid (Internet). 2021 (site consulté le 12 juillet 2023). FIND et Unitaid investissent pour appuyer le transfert technologique et stimuler la production locale de tests rapides de diagnostic de la COVID-19 dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Disponible sur : <https://unitaid.org/news-blog/find-unitaid-technology-transfer-covid-19/#fr>
76. Organisation mondiale de la santé. What worked? What didn't? What's next? 2023 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All (Internet). Organisation mondiale de la santé ; 2023. 42 p. Disponible sur : <https://play.google.com/store/books/details?id=3aq9EAAAQBAJ>
77. Global Supply Chain Finance Forum – Home of Supply Chain Finance Terminology (Internet). (Site consulté le 12 juillet 2023). Disponible sur : <http://supplychainfinanceforum.org/>
78. Un défi pour atteindre 500 millions de dollars US : Gavi lance INFUSE 2.0 pour transposer à grande échelle les innovations en matière de vaccination (Internet). 2023 (site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/defi-atteindre-500-millions-dollars-us-gavi-lance-infuse-20>
79. Groupe des investisseurs (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/groupe-des-investisseurs>
80. Ivanova V, Shahabuddin ASM, Sharkey A, Johri M. *Advancing Immunization Coverage and Equity: A Structured Synthesis of Pro-Equity Strategies in 61 Gavi-Supported Countries*. Vaccines (Bâle) (Internet). 16 janvier 2023 ; 11(1). Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines11010191>
81. *Zero-dose children and missed communities* (Internet). (Site consulté le 19 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025/equity-goal/zero-dose-children-missed-communities>
82. GFF. Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents - Stratégie 2021-2025 (Internet). Octobre 2020. Disponible sur : [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/files/documents/GFF-Strategy-2021-2025\\_FR.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-Strategy-2021-2025_FR.pdf)

83. Communiqués de presse. Environmental Law and Management (Internet). Juillet 2000 (site consulté le 8 juillet 2023) ; 12(4):107–29. Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2017/2017-04-25-new-global-fund-grant-aims-for-malaria-elimination-in-the-mekong/>
84. *The Global Fund's Challenging Operating Environment Policy and Additional Safeguards Policy: What do these really mean?* – Aidspace (Internet, site consulté le 8 juillet 2023). Disponible sur : <https://aidspace.org/the-global-funds-challenging-operating-environment-policy-and-additional-safeguards-policy-what-do-these-really-mean/>
85. Storeng KT, de Bengy Puyvallée A, Stein F. *COVAX and the rise of the “super public private partnership” for global health*. Global Public Health (Internet). 22 octobre 2021 ; 1–17. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2021.1987502>
86. Eccleston-Turner M, Upton H. *International Collaboration to Ensure Equitable Access to Vaccines for COVID-19: The ACT-Accelerator and the COVAX Facility*. Milbank Quarterly (Internet). Juin 2021 ; 99(2):426–49. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.12503>
87. Hicks J, Singh G, Penicaud C, Gustafson K, James C, Burke-Shyne N, et al. *Financing viral hepatitis: catalysing action for impact*. The Lancet Gastroenterology & Hepatology (Internet). Juillet 2023 ; 8(7):606–7. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00152-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00152-8)
88. Fonds Mondial. *Guidance Note Prioritization Framework for Supporting Health and Longevity Among People Living With HIV Allocation Period 2023-2025* (Internet). Février 2023. Disponible sur : [https://www.theglobalfund.org/media/12165/core\\_prioritization-framework-supporting-health-longevity-people-living-hiv\\_guidance\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12165/core_prioritization-framework-supporting-health-longevity-people-living-hiv_guidance_en.pdf)
89. Usher AD. *Medical oxygen crisis: a belated COVID-19 response*. The Lancet (Internet). 6 mars 2021 ; 397(10277):868–9. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00561-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00561-4)
90. Unitaïd (Internet). 2022 (site consulté le 8 juillet 2023). *Cervical Cancer*. Disponible sur : <https://unitaid.org/investment-area/cervical-cancer/#fr>
91. FIND (Internet). 2022 (site consulté le 8 juillet 2023). *Notre stratégie*. Disponible sur : <https://www.finddx.org/fr/a-propos/strategie/>
92. Regan L. Center For Global Development | Ideas to Action. (Site consulté le 11 juillet 2023). *Reimagining global health financing: How refocusing health aid at the margin could strengthen health systems and futureproof aid financial flows*. Disponible sur : <https://www.cgdev.org/publication/reimagining-global-health-financing-how-refocusing-health-aid-margin-could-strengthen>
93. Center For Global Development | Ideas to Action (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). *Family planning and the global financing facility: Current evidence and a learning agenda*. Disponible sur : <https://www.cgdev.org/publication/family-planning-and-global-financing-facility-current-evidence-and-learning-agenda>
94. Tadesse AW, Gurm K, Kebede ST, Habtemariam MK. *Analyzing efforts to synergize the global health agenda of universal health coverage, health security and health promotion: a case-study from Ethiopia*. Globalization and Health (Internet). 26 avril 2021 ; 17(1):53. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-021-00702-7>
95. *MoU between ICMR and the Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), Switzerland* (Internet, site consulté le 27 juillet 2023). Disponible sur : <https://main.icmr.nic.in/content/mou-between-icmr-and-foundation-innovativenew-diagnostics-find-switzerland>
96. FIND (Internet). 2023 (site consulté le 27 juillet 2023). *FIND et le Ministère de la Santé de la République d'Indonésie s'associent pour faciliter l'accès aux tests de diagnostic essentiels*. Disponible sur : <https://www.finddx.org/fr/publications-and-statements/communiqués-de-presse/find-et-le-ministère-de-la-santé-de-la-republique-dindonesie-sassocient-pour-faciliter-laccès-aux-tests-de-diagnostic-essentiels/>
97. FIND (Internet). 2023 (site consulté le 24 juillet 2023). *FIND salue l'adoption d'une résolution historique en matière de diagnostic par l'Assemblée mondiale de la Santé, alors que l'organisation entre dans sa 20<sup>e</sup> année d'existence* Disponible sur : <https://www.finddx.org/fr/publications-and-statements/communiqués-de-presse/find-salue-ladoption-dune-résolution-historique-en-matière-de-diagnostic-par-lassemblée-mondiale-de-la-santé-alors-que-lorganisation-entre-dans-sa-20e-année-d/>
98. McCoy D, Jensen N, Kranzer K, Ferrand RA, Korenromp EL. *Methodological and policy limitations of quantifying the saving of lives: a case study of the Global Fund's approach*. PLOS Medicine (Internet). Octobre 2013 ; 10(10):e1001522. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001522>

99. Fonds Mondial. Groupe technique de référence en évaluation (TERG) : *Global Fund Mapping Health Systems Strengthening (HSS) Component of the Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH) Investments: TERG Position Paper, Management Response, and Final Report* (Internet). Fonds mondial ; juin 2023, p. age 7. Disponible sur : [https://www.theglobalfund.org/media/13115/terg\\_mapping-hss-component-rssh\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/13115/terg_mapping-hss-component-rssh_report_en.pdf)
100. Storeng KT. *The GAVI Alliance and the "Gates approach" to health system strengthening*. Global Public Health (Internet). 26 août 2014 ; 9(8):865–79. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.940362>
101. Bureau de l'Inspecteur Général (Internet, site consulté le 28 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/en/oig/updates/2019-05-03-managing-investments-in-resilient-and-sustainable-systems-for-health/>
102. Groupe technique de référence en évaluation (TERG) : *Technical evaluation reference group: position paper - thematic review on resilient and sustainable systems for health (RSSH)* (Internet). Fonds mondial ; juillet 2019. Disponible sur : [http://dx.doi.org/https://www.theglobalfund.org/media/8793/terg\\_resilientsustainablestemsforhealthreview\\_paper\\_en.pdf](http://dx.doi.org/https://www.theglobalfund.org/media/8793/terg_resilientsustainablestemsforhealthreview_paper_en.pdf)
103. Swiss Tropical and Public Health Institute. *Review of Health Systems Strengthening (HSS) Support* (Internet). Version 4. Gavi ; mars 2019. Rapport n° : RFP RHSS042018. Disponible sur : <https://www.gavi.org/our-impact/evaluation-studies/health-system-strengthening-evaluations>
104. The Lancet. *The Global Fund: replenishment and future-proofing*. The Lancet (Internet). 10 septembre 2022 ; 400(10355):787. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01735-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01735-4)
105. Clinton C, Sridhar D. *Who pays for cooperation in global health? A comparative analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance*. The Lancet (Internet). 15 juillet 2017 ; 390(10091):324–32. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32402-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32402-3)
106. Sridhar D, Woods N. *Trojan multilateralism: Global cooperation in health*. Global Policy (Internet). Novembre 2013 ; 4(4):325–35. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1758-5899.12066>
107. Hulse ESG, Atun R, McPake B, Lee JT. *Use of social impact bonds in financing health systems responses to non-communicable diseases: scoping review*. BMJ Global Health (Internet). Mars 2021 ; 6:3. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004127>
108. Advisors N. 2020 Governance Performance Assessment. *5th Board Meeting. 11-12 May 2021, Geneva. Background document*. Fonds mondial ; mai 2021. Rapport n° : GF/B45/21.
109. Institute for Health Metrics and Evaluation (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). GBD Compare. Disponible sur : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
110. Fonds Mondial. *Global Disease Split for the 2023-2025 Allocation Methodology 46th Board Meeting* (Internet). Vol. GF/B46/04 Revision 1. Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/board-decisions/b46-dp04/>
111. *Allocation Methodology for the 2023-2025 Allocation Period 47th Board Meeting 10-11-12 May 2022, Geneva / Virtual* (Internet). 2022. Rapport n° : GF/B47/03 . Disponible sur : [https://www.theglobalfund.org/media/12051/bm47\\_03-2023-2025-allocation-methodology\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12051/bm47_03-2023-2025-allocation-methodology_report_en.pdf)
112. Bertone MP, Palmer N, Kruja K, Witter S, HSSEC Working Group 1. *How do we design and evaluate health system strengthening? Collaborative development of a set of health system process goals*. International Journal of Health Planning and Management (Internet). Mars 2023 ; 38(2):279–88. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3607>
113. Friebe R, Silverman R, Glassman A, Chalkidou K. *On results reporting and evidentiary standards: spotlight on the Global Fund*. The Lancet (Internet). 11 mai 2019 ; 393(10184):2006–8. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33055-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33055-1)
114. Hanefeld J. *How have Global Health Initiatives impacted on health equity?* Journal of Education and Health Promotion (Internet). 2008 ; 15(1):19–23. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1177/1025382307088094>
115. McGoey L. *Philanthrocapitalism and its critics. Poetics* (Internet). 1<sup>er</sup> avril 2012 ; 40(2):185–99. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304422X12000150>

116. Birn AE. *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*. Hypothesis (Internet). 1<sup>er</sup> novembre 2014 ; 12(1). Disponible sur : <http://www.hypothesisjournal.com/?p=2503>
117. Eckl J, Hanrieder T. *The political economy of consulting firms in reform processes: the case of the World Health Organization*. *Review of International Political Economy* (Internet). 10 janvier 2023 ; 1-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/09692290.2022.2161112>
118. Kim S, Tadesse E, Jin Y, Cha S. *Association between Development Assistance for Health and Disease Burden: A Longitudinal Analysis on Official Development Assistance for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria in 2005-2017*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Internet). 28 octobre 2022 ; 19(21). Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192114091>
119. Dieleman JL, Graves CM, Templin T, Johnson E, Baral R, Leach-Kemon K, et al. *Global health development assistance remained steady in 2013 but did not align with recipients' disease burden*. *Health Affairs* (Internet). Mai 2014 ; 33(5):878–86. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1432>
120. Mwisongo A, Nabyonga-Orem J. *Global health initiatives in Africa - governance, priorities, harmonisation and alignment*. *BMC Health Services Research* (Internet). 18 juil. 2016 ; 16 Suppl 4(Suppl 4):212. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1448-9>
121. Banque mondiale. *The broader analysis of the global aid landscape draws on the findings of the World Bank, A Changing Landscape: Trends in Official Financial Flows and the Aid Architecture* (Internet). Novembre 2021. Disponible sur : <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/9eb18daf0e574a0f106a6c74d7a1439e-0060012021/original/A-Changing-Landscape-Trends-in-Official-Financial-Flows-and-the-Aid-Architecture-November-2021.pdf>
122. Lal A, Erondou NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. *Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage*. *The Lancet* (Internet). 2 janvier 2021 ; 397(10268):61–7. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
123. Cohn J, Russell A, Baker B, Kayongo A, Wanjiku E, Davis P. *Using global health initiatives to strengthen health systems: a civil society perspective*. *Global Public Health* (Internet). 24 mai 2011 ; 6(7):687–702. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2010.521165>
124. Desai M, Rudge JW, Adisasmito W, Mounier-Jack S, Coker R. *Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Indonesia*. *Health Policy Plan* (Internet). Novembre 2010 ; 25 Suppl 1:i43–7. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czq057>
125. Craveiro I, Dussault G. *The impact of global health initiatives on the health system in Angola*. *Global Public Health* (Internet). 13 janvier 2016 ; 11(4):475–95. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1128957>
126. Health Organization W. *Report of the WHO technical workshop on addressing cross-programmatic inefficiencies in the WHO African Region, 7-9 June 2022* (Internet, site consulté le 28 mai 2023). Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365375/9789240064218-eng.pdf?sequence=1>
127. Calain P, Abu Sa'Da C. *Coincident polio and Ebola crises expose similar fault lines in the current global health regime*. *Conflict and Health* (Internet). 16 septembre 2015 ; 9:29. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s13031-015-0058-1>
128. Hanefeld J. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: 10 years on*. *Journal of Clinical Medicine* (Internet). Février 2014 ; 14(1):54–7. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.14-1-54>
129. Spicer N, Walsh A. *10 best resources on ... the current effects of global health initiatives on country health systems*. *Health Policy Plan* (Internet). Mai 2012 ; 27(3):265–9. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czr034>
130. Ooms G, Van Damme W, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. *The "diagonal" approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?* *Globalization and Health* (Internet). 25 mars 2008 ; 4:6. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-4-6>
131. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et coll. *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre*. *The Lancet Global Health* (Internet). Mai 2022 ; 10(5):e715–72. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)

132. Kiefer S, Knoblauch AM, Steinmann P, Barth-Jaeggi T, Vahedi M, Maher D, et al. *Operational and implementation research within Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria grants: a situation analysis in six countries*. Globalization and Health (Internet). 24 mars 2017 ; 13(1):22. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-017-0245-5>
133. Okunogbe A, Bowser D, Gedik G, Naseri S, Abu-Agla A, Safi N. *Global Fund financing and human resources for health investments in the Eastern Mediterranean Region*. Human Resources for Health (Internet). 8 juillet 2020 ; 18(1):48. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-020-00483-x>
134. Kohler JC, Bowra A. *Exploring anti-corruption, transparency, and accountability in the World Health Organization, the United Nations Development Programme, the World Bank Group, and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Globalization and Health (Internet). 20 octobre 2020 ; 16(1):101. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-020-00629-5>
135. García PJ. *Corruption in global health: the open secret*. The Lancet (Internet). 7 décembre 2019 ; 394(10214):2119–24. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9)
136. Gorodensky A, Bowra A, Saeed G, Kohler J. *Anti-corruption in global health systems: using key informant interviews to explore anti-corruption, accountability and transparency in international health organisations*. BMJ Open (Internet). 22 décembre 2022 ; 12(12):e064137. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064137>
137. Chang Z, Rusu V, Kohler JC. *The Global Fund: why anti-corruption, transparency and accountability matter*. Globalization and Health (Internet). 18 septembre 2021 ; 17(1):108. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-021-00753-w>
138. Mackey TK, Kohler JC, Savedoff WD, Vogl F, Lewis M, Sale J, et al. *The disease of corruption: views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals*. BMC Medicine (Internet). 29 septembre 2016 ; 14(1):149. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-016-0696-1>
139. October. *Co-financing, eligibility and transition policies evaluation 2019* (Internet, site consulté le 11 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.gavi.org/our-impact/evaluation-studies/co-financing-eligibility-and-transition-policies>
140. Cernuschi T, Gaglione S, Bozzani F. *Challenges to sustainable immunization systems in Gavi transitioning countries*. Vaccine (Internet). 29 octobre 2018 ; 36(45):6858–66. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.012>
141. Bureau de l'Inspecteur Général (Internet, site consulté le 12 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/en/oig/updates/2021-11-04-evolving-the-technical-review-panel-model/>
142. The Hepatitis Fund (Internet). EndHEP2030 ; 2018 (site consulté le 20 juillet 2023). The Hepatitis Fund. Disponible sur : <https://endhep2030.org/>
143. Mogoje H. *Clinton Health Access Initiative*. 2023 (site consulté le 25 juillet 2023). *The Hepatitis Fund and the Clinton Health Access Initiative announce high-level donor mobilization conference to eliminate viral hepatitis to be held in Geneva, Switzerland, on May 17, 2023*. Disponible sur : <https://www.clintonhealthaccess.org/news/hepatitis-fund-and-chai-resource-mobilization-conference-world-health-assembly/>
144. Root RL. Devex. 2023 (site consulté le 25 juillet 2023). *High hopes but low pledges for hepatitis conference in Geneva*. Disponible sur : <https://www.devex.com/news/high-hopes-but-low-pledges-for-hepatitis-conference-in-geneva-105550>
145. Health4Life Fund. *A global financing partnership on non-communicable diseases and mental health* (Internet, site consulté le 20 juillet 2023). Disponible sur : [https://knowledge-action-portal.com/en/news\\_and\\_events/news/6559](https://knowledge-action-portal.com/en/news_and_events/news/6559)
146. Banque mondiale (Internet, site consulté le 19 juillet 2023). Priority themes. Disponible sur : <https://www.worldbank.org/en/programs/financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-ppr-fif/governance-structure>
147. *Pandemic fund vastly oversubscribed, more money needed - World Bank*. Reuters (Internet). 7 mars 2023 (site consulté le 19 juillet 2023) ; disponible sur : <https://www.reuters.com/world/pandemic-fund-vastly-oversubscribed-more-money-needed-world-bank-2023-03-07/>
148. Unitaïd (Internet). 2023 (site consulté le 19 juillet 2023). *Global Oxygen Alliance launched to boost access to life saving oxygen*. Disponible sur : <https://unitaid.org/news-blog/global-oxygen-alliance-launched-to-boost-access-to-life-saving-oxygen/#fr>

149. *Plusieurs banques multilatérales de développement et l'OMS lancent une nouvelle plateforme d'investissement pour renforcer les services de soins de santé primaires* (Internet, site consulté le 11 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/23-06-2023-multilateral-development-banks-and-who-launch-new-investment-platform-to-strengthen-primary-health-care-services>
150. *Country strategy and support* (Internet, site consulté le 9 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.who.int/countries/country-strategy-and-support>
151. *Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra* - OCDE (Internet, site consulté le 25 juillet 2023). Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.htm>
152. Itad (Internet). 2022 (site consulté le 31 juillet 2023). *Health systems strengthening evaluation collaborative*. Disponible sur : <https://www.itad.com/project/health-systems-strengthening-evaluation-collaborative/>

# Annexes

---

- 1** Méthodes de l'étude (y compris le cadre de l'APE)

---
- 2** Guides des sujets d'entretien avec les informateurs clés

---
- 3** Questions de l'enquête en ligne

---
- 4** Composition des conseils d'administration des Initiatives

---
- 5** Aperçu des modèles d'octroi des ressources des Initiatives pour la santé mondiale

---
- 6** Résumé des entretiens des informateurs clés au niveau mondial

---
- 7** Enquête en ligne : résumé des résultats

---
- 8** Résumé de l'étude de cas du Pakistan

---
- 9** Résumé de l'étude de cas de l'Afrique du Sud

---
- 10** Résumé de l'étude de cas du Sénégal

---
- 11** Résumés individuels de chaque consultation pluripartite

---
- 12** Enseignements des précédentes initiatives d'alignement et de coordination

