HAL
open science

Santé : la transition des financements internationaux vers le financement national : stratégies, processus et impacts sur les populations vulnérables : études de cas de la Bulgarie, de la Thaïlande et de la République du Congo

Margot Jaymond

▶ **To cite this version:**

Margot Jaymond. Santé : la transition des financements internationaux vers le financement national : stratégies, processus et impacts sur les populations vulnérables : études de cas de la Bulgarie, de la Thaïlande et de la République du Congo . Science politique. 2016. ⟨dumas-01431727⟩

HAL Id: dumas-01431727

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431727v1

Submitted on 11 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Autorisation HAL

HAL Authorization

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

SCIENCES PO GRENOBLE
1030 avenue Centrale – 38040 GRENOBLE
http://www.sciencespo-grenoble.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ![t9{
Sciences Po Grenoble

Margot Jaymond

SANTE : LA TRANSITION DES FINANCEMENTS INTERNATIONAUX VERS LE FINANCEMENT NATIONAL

STRATEGIES, PROCESSUS ET IMPACTS SUR LES POPULATIONS VULNERABLES

Etudes de cas de la Bulgarie, de la Thaïlande et de la République du Congo

2016
Master Politiques et Pratiques des Organisations Internationales
Sous la direction de Pierre Micheletti

UNIVERSITE GRENOBLE ![t9{
Sciences Po Grenoble

Margot Jaymond

SANTE : LA TRANSITION DES FINANCEMENTS INTERNATIONAUX VERS LE FINANCEMENT NATIONAL

STRATEGIES, PROCESSUS ET IMPACTS SUR LES POPULATIONS VULNERABLES

Etudes de cas de la Bulgarie, de la Thaïlande et de la République du Congo

2016
Master Politiques et Pratiques des Organisations Internationales
Sous la direction de Pierre Micheletti

REMERCIEMENTS

Merci à Claire Baudot, Patrick Bertand, Pauline Pruvost et Bruno Rivalan de m'avoir accueillie à Action Santé Mondiale et d'avoir guidé mon mémoire. Je les remercie pour les conseils et la disponibilité qu'ils m'ont offerts.

Merci à Fanny Voitzwinkler de m'avoir donné des éléments de compréhension sur le contexte de la transition du Fonds mondial dans la région Europe de l'Est et Asie centrale.

Je tiens également à remercier Shreehari Acharya, Anna Lyubenova, Hélène Mambu et Ivan Varentsov d'avoir accepté de me faire part de leur analyse de la transition dans leur pays respectif.

Un grand merci à Ménie Azzouzi, Pauline Juyoux, Mona Roger et Laurie Toscan pour leur relecture.

Enfin, merci à Pierre Micheletti pour avoir encadré et suivi mon mémoire et pour ses conseils.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **4**

LISTE D'ACRONYMES **5**

INTRODUCTION **6**

PARTIE 1 LA TRANSITION ENTRE THEORIE ET PRATIQUE **11**

PARTIE 2 ETUDES DE CAS **35**

CONCLUSION **61**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **64**

TABLE DES MATIERES **67**

LISTE D'ACRONYMES

AID	Association internationale de développement
ICN	Instance de coordination nationale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	Programme élargi de vaccination
PID	Personne s'injectant des drogues
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RNB	Revenu National Brut
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquis
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Le tournant du 20ème au 21ème siècle est marqué par une volonté forte de la communauté internationale de s'attaquer aux problématiques du développement et de la pauvreté, volonté illustrée notamment dans l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement et par la création de initiatives majeures trois initiatives en santé mondiale : Gavi, l'Alliance du vaccin ; le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et PEPFAR, *President's Emergency Plan for AIDS Relief*.

Alors que la vaccination est l'un des investissements les plus rentables dans le domaine de la santé, les taux de vaccination mondiaux atteignaient à peine 5% en 1974. Malgré le lancement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du Programme élargi de vaccination (PEV) cette même année, et qui a permis de fournir des vaccins essentiels aux pays en développement, la priorité donnée à l'immunisation s'est tarie chez les donateurs à la fin du 20ème siècle. Les pays en développement ont alors fait face à des difficultés pour maintenir les campagnes de vaccination. Les progrès ont commencé à stagner, la couverture n'augmentait plus, voire chutait dans certaines régions, et 30 millions d'enfants vivant dans les pays pauvres n'étaient toujours pas complètement immunisés. Les nouveaux vaccins commercialisés dans les pays développés, outre les six compris dans le PEV, n'étaient pas accessibles pour les enfants des pays en développement du fait de leur prix élevé. Dans ce contexte, et sous l'impulsion de la Fondation Bill & Melinda Gates, Gavi, l'Alliance du vaccin a été créée en janvier 2000 dans le but d'assurer un accès égal aux vaccins nouveaux et sous-utilisés pour tous les enfants, peu importe leur pays d'origine. Ce partenariat rassemble les principaux acteurs de la vaccination : les gouvernements des pays donateurs et bénéficiaires, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates, la société civile, l'industrie du vaccin et des compagnies privées. Elle a été fondée pour mobiliser des fonds et un savoir-faire ainsi que pour diminuer le prix des vaccins tout en améliorant leur mise à disposition et en veillant à ce que les pays en développement puissent les financer eux-mêmes.

Depuis sa création, Gavi a été le catalyseur d'un essor exceptionnel dans l'introduction des vaccins et mène aujourd'hui des programmes de vaccination dans 77 pays. Depuis 2000, plus de sept millions de décès ont été évités grâce à la vaccination de 500 millions d'enfants supplémentaires. Gavi ambitionne d'immuniser 300 millions d'enfants supplémentaires entre 2016 et 2020 afin d'éviter de 5 à 6 millions de décès supplémentaires. Cependant, 19 millions d'enfants ne bénéficient toujours pas des vaccins fondamentaux et moins de 5% des enfants des pays soutenus par Gavi reçoivent les 11 vaccins recommandés par l'OMS (1).

Alors que l'épidémie du VIH faisait rage depuis les années 1980, des millions de personnes étaient infectées, la thérapie antirétrovirale n'était pas disponible pour les malades et la plupart des pays n'avaient pas l'infrastructure nécessaire pour prévenir, traiter et soigner les populations (2). En 2000, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme tuaient ensemble plus de six millions de personnes par an. L'idée d'un fonds agissant sur ces trois fléaux est discutée pour la première fois lors du sommet du G8 à Okinawa la même année. En 2001, les gouvernements, la société civile, le secteur privé, les communautés affectées, les agences de développement et les agences techniques de l'ONU se sont alors réunies pour négocier la création d'un nouveau canal de financement qui réponde aux besoins locaux tout en assurant l'impact des investissements des donateurs. Le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a officiellement vu le jour à Genève en janvier 2002. PEPFAR, *President's Emergency Plan for AIDS Relief,* est une initiative du gouvernement américain pour combattre l'épidémie du VIH/sida annoncée par George W. Bush lors de son discours sur l'état de l'Union en 2003. Depuis sa création, c'est devenu le plus grand programme bilatéral d'assistance pour la réponse au VIH.

Depuis 2002, les programmes financés par le Fonds mondial ont permis de sauver 20 millions de vies en permettant des progrès majeurs dans la prévention, le traitement et la prise en charge des personnes affectées par les trois épidémies. 9,2 millions de personnes ont été mises sous traitement antirétroviral contre le VIH, 15,2 millions ont été traitées contre la tuberculose et 659 millions de moustiquaires ont été distribuées pour lutter contre le paludisme (3).

A sa création, la stratégie de la première phase de PEPFAR était tournée vers une réponse d'urgence. En 2008, alors que d'énormes progrès avaient été atteints grâce à l'action de PEPFAR et des autres donateurs, les pays étaient de plus en plus aptes à conduire leurs propres programmes et stratégies. La Phase II de PEPFAR s'est donc concentrée sur la soutenabilité et la responsabilité partagée entre les pays et les partenaires – donateurs, société civile, organisations confessionnelles, secteur privé, fondations, organisations multilatérales et PVVIH (2). En 2014, PEPFAR est entré dans sa troisième phase, celle du contrôle durable de l'épidémie. La stratégie est désormais centrée sur la promotion d'approches basées sur les faits qui ciblent les zones géographiques et les populations où l'épidémie est concentrée et où les investissements auront le plus d'impact (2).

Grâce à l'adoption des OMD et à l'action de ces trois initiatives, la première décennie du nouveau siècle a été marquée par des progrès sanitaires considérables. En 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de plus de moitié en passant de 90 à 43 décès pour 1000 naissances vivantes (4). Les nouvelles infections au VIH ont chuté de près de 40% entre 2000 et 2014 (de 3,5 millions à 2,1 millions), le taux d'incidence et le taux de mortalité du paludisme ont

respectivement chuté de 37% et 58% entre 2000 et 2015 et le taux de mortalité et le taux de prévalence de la tuberculose ont respectivement diminué de 45% et 41% entre 1990 et 2013 (4).

Ces initiatives ont joué un rôle considérable dans la prise en charge des populations vulnérables, souvent délaissées par les programmes sanitaires gouvernementaux, en raison de plusieurs facteurs que nous expliciterons ci-après. Les populations vulnérables souffrent de trois éléments qui se nourrissent mutuellement : elles font l'expérience d'un fort impact épidémiologique pour les maladies considérées, elles ont un accès réduit aux services par rapport au reste de la population et elles souffrent de violation des droits de l'Homme – criminalisation, stigmatisation et discrimination. Les maladies et les épidémies sont souvent concentrées dans ces populations et elles présentent des taux de prévalence significativement plus élevés que ceux de la population générale. Le fait qu'elles soient souvent criminalisées (personnes s'injectant des drogues), stigmatisées (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ou difficile d'accès (facteur géographique), les activités de prévention, de traitement et de soins envers ces populations sont souvent sous-financées par le gouvernement. Les financements des donateurs ont permis d'assurer que des investissements soient acheminés vers ces interventions que les pays considèrent comme moins acceptables.

Cependant, alors que d'énormes progrès ont été accomplis pour fournir des services de prévention, de traitement et de soins pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, très peu de pays ont augmenté l'accès des populations clés à ces services via leurs ressources nationales. Les chiffres du *Gap Report* de 2014 de l'ONUSIDA sont alarmants (5). La prévalence du VIH chez les travailleur-ses du sexe est 12 fois plus élevée que chez la population générale et seulement 90 seringues stériles sont disponibles en moyenne par an pour les personnes s'injectant des drogues (PID) alors qu'il en faudrait 200. Les actes sexuels entre personnes de même sexe sont criminalisés dans 78 pays et punis par la peine de mort dans sept pays. Le commerce du sexe est illégal et criminalisé dans 116 pays et les PID sont presque criminalisées dans tous les pays pour leur consommation de drogues ou leur style de vie.

En 2000 et en 2015, à travers les Objectifs du Millénaire pour le développement et les Objectifs de développement durable, la communauté internationale s'est fixé pour but d'éradiquer l'extrême pauvreté. D'énormes progrès ont été réalisés depuis et la croissance économique des pays en développement a permis l'amélioration des conditions de vie de leurs populations. Alors qu'en 1990 près de la moitié de la population des pays en développement vivait avec moins de 1,25 dollar par jour, cette proportion est tombée à 14% en 2015 et le nombre de personnes dans la classe moyenne active, vivant avec plus de 4 dollars par jour a presque triplé entre 1991 et 2015 (4). L'effort d'éradication de la pauvreté s'est également accompagné d'un effort de développement des pays. Entre 1990 et 2015, le revenu national brut (RNB) par habitant dans le monde est passé de 4190 à 10400 dollars (6). Les pays à revenu intermédiaire sont donc de plus en plus nombreux et prennent en charge les besoins

sanitaires de leurs populations, tandis que l'aide extérieure à destination de ces pays diminue peu à peu. L'utilisation des ressources nationales permet d'assurer une certaine durabilité[1] du financement des systèmes de santé et de la réponse sanitaire aux épidémies et à la vaccination en diminuant la dépendance aux donateurs internationaux. L'importance d'un financement durable pour la santé est mise en exergue par l'exemple de la chute soudaine des décaissements des donateurs pour la lutte contre le VIH entre 2009 et 2010 – de 7,7 milliards à 6,9 milliards de dollars – montrant ainsi l'instabilité du financement externe (7). Cette crise, bien que de courte durée puisque les financements sont en trajectoire ascendante depuis, a affecté la mentalité des donateurs et des pays bénéficiaires et a créé un consensus de la part de toutes les parties prenantes sur le fait que la responsabilité partagée était critique pour que la réponse au VIH soit maintenue et durable (8). Ainsi, la discussion sur la durabilité est centrée sur le besoin d'augmenter l'investissement national pour la santé (7). Ce phénomène du retrait progressif des financements des donateurs internationaux et de l'augmentation des financements nationaux est appelé la transition. Il est dans l'intérêt des donateurs de protéger les investissements effectués jusqu'alors et leur impact, c'est pourquoi la transition est un processus d'accompagnement plutôt qu'un retrait brutal des pays. La transition est donc un processus complexe qui demande des ajustements structurels significatifs, une planification, une mise en œuvre et un suivi effectifs, ainsi que des ressources additionnelles et mieux utilisées (9). Le but de cette prise en charge graduelle de la réponse sanitaire nationale par les gouvernements est d'atteindre la durabilité de ces réponses. C'est le cas lorsque les pays peuvent maintenir et renforcer les couvertures sanitaires après le retrait des donateurs grâce à une augmentation des financements et des programmes de manière à contrôler effectivement les maladies et les épidémies.

Le phénomène de la transition pose plusieurs problèmes. Tout d'abord, la croissance économique d'un pays, et par là-même d'une partie de sa population, ne garantit pas un accès équitable et universel aux soins, ni l'inclusion systématique des poches de pauvreté et des populations vulnérables dans les programmes nationaux de santé. En outre, la volonté des fonds de se retirer n'est pas toujours doublée d'une volonté politique de la part des gouvernements de prendre en charge les programmes et les financements de santé. C'est particulièrement problématique pour la prise en charge des populations dont la vulnérabilité est accrue par la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation. Cela pose le risque d'une réduction de la couverture qui peut alors engendrer la mise en danger des progrès acquis jusqu'alors. En outre, même si le processus de transition s'accompagne d'une volonté politique de la part du gouvernement, il est possible que des contraintes financières, humaines ou techniques empêchent les pays de s'approprier les programmes de santé. Par exemple, en Ukraine, alors que le financement du Fonds mondial pour le VIH a été réduit de 50% entre 2014 et 2015, le budget national

[1] Dans ce mémoire, "durabilité" est employé en traduction du mot anglais "*sustainability*"

pour la prévention du VIH a été réduit de 71% en 2014, notamment à cause de la crise politique, du conflit interne et de la dévaluation de la monnaie nationale (10). Enfin, les seuils d'éligibilité des différentes initiatives de santé sont presque identiques ce qui porte le risque, pour les pays bénéficiaires du soutien de plusieurs bailleurs extérieurs, de faire l'expérience d'une transition simultanée, c'est-à-dire du départ rapproché des bailleurs. Il est important de noter qu'en parallèle, le seuil d'éligibilité à l'Association internationale de développement (AID), fonds de la Banque mondiale destiné aux pays les plus pauvres et fonctionnant par subventions ou prêts concessionnels, est également très proche de celui des initiatives de santé mondiale. Actuellement, une vingtaine de pays font l'expérience d'une transition simultanée de plusieurs fonds (parmi l'AID et les trois initiatives de santé mondiale) et ce sera le cas d'une trentaine dans les prochaines années. Par ailleurs, c'est sans compter que cette simultanéité pourrait être d'autant plus difficile à coordonner et à planifier dans les pays bénéficiant de l'aide bilatérale de certains donateurs, comme les Etats-Unis avec l'USAID (*United States Agency for International Development*) et le Royaume-Uni avec DFID (*Department for International Development*), qui retirent également progressivement leurs financements des pays à revenu intermédiaire.

Le processus de transition peut avoir un effet de levier sur le financement des programmes de santé et ainsi augmenter les ressources nationales allouées aux populations clés en encourageant les gouvernements à dédier des ressources vers les programmes financés par les donateurs (7), mais plusieurs exemples tendent à montrer que la transition peut, au contraire, menacer la continuation des programmes pour ces populations. En Roumanie, les infections au VIH chez les PID ont augmenté de 2000% suite au retrait du financement du Fonds mondial, le taux de prévalence chez cette population a augmenté de 2% en 2006 à 53% en 2013 et 30% des nouveaux cas de VIH étaient liés à la consommation de drogue en 2013, contre 3% en 2010 (7). En outre, l'augmentation générale du financement national peut cacher l'absence ou la diminution des lignes budgétaires ciblant les populations vulnérables. C'est le cas en Afrique du Sud, où l'augmentation des dépenses pour le traitement antirétroviral a stimulé une augmentation générale des dépenses nationales mais où le financement pour les programmes ciblant les travailleur-ses du sexe a diminué entre 2012 et 2013 (7).

Dans ce contexte, quelles sont les stratégies des initiatives en santé mondiale pour accompagner leur retrait des pays bénéficiaires et quel est l'impact de la transition vers le financement national des programmes de santé sur les populations vulnérables ? Pour répondre à cette question, nous étudierons dans une première partie le processus de transition en théorie et en pratique afin d'en comprendre les enjeux et de mettre en évidence les facteurs d'une transition réussie et durable. Dans une seconde partie, nous analyserons, à travers trois études de cas – la Bulgarie, la Thaïlande et la République du Congo – l'impact et les effets de la transition sur les populations vulnérables.

PARTIE 1
LA TRANSITION ENTRE THEORIE ET PRATIQUE

Alors que les initiatives en santé mondiale développent leurs stratégies de transition, la littérature sur le sujet commence à fleurir depuis quelques années et offre l'opportunité d'en faire une analyse comparée permettant de comprendre leurs différences, majoritairement dues à une divergence dans la vision du processus et à un manque de coordination dans leur rédaction et mise en œuvre (Chapitre 1). Cependant, l'analyse de la théorie de la transition ne suffit pas pour en saisir tous les enjeux, et il est donc pertinent d'établir une revue de la littérature des expériences passées et des leçons apprises ainsi que d'étudier les enjeux de simultanéité afin de comprendre la pratique de la transition (Chapitre 2).

Chapitre 1
Analyse comparée des stratégies de transition

Depuis le début des années 2010, Gavi, le Fonds mondial et PEPFAR ont tous travaillé sur leur politique de graduation en reconnaissant la nécessité d'accompagner les pays dans leur sortie d'éligibilité, renforçant ainsi leur approche vis-à-vis du processus de transition. En effet, le 11 juin 2015, le Conseil d'administration de Gavi a approuvé plusieurs mesures contribuant à la mise en place de sa stratégie 2016-2020, dont une aide aux pays pour réussir la transition (11). Le cadre stratégique du Fonds mondial pour 2017-2022, inclut quant à lui un sous-objectif spécifique à la transition qui engage le Fonds à « soutenir les réponses durables pour le contrôle des épidémies et la réussite des transitions » et reconnaît ainsi que les pays dont l'économie croît ont besoin de soutien pour passer du financement des donateurs au financement national de leurs systèmes de santé (12).

Cependant, ces stratégies n'ont pas été établies de manière coordonnée et ont des critères, calendriers et exigences différentes. Une analyse comparée des stratégies permet de comprendre les différentes visions du processus de transition qui coexistent dans le domaine de la santé mondiale. Ce sujet a été étudié par plusieurs auteurs ces dernières années, plusieurs études se sont ainsi penchées sur les critères d'une transition réussie et sur les éléments nécessaires d'une stratégie pour assurer la durabilité des programmes après le retrait des initiatives en santé mondiale des pays en développement. Grâce à une revue de la littérature, il est possible d'établir un « catalogue des bonnes pratiques de la transition » contre lequel on peut comparer et analyser les éléments théoriques des stratégies existantes.

1. Définition de la transition et vision de la durabilité

Les politiques d'éligibilité de Gavi et du Fonds mondial sont conçues de manière à ce que leur soutien se concentre principalement sur les pays à faible revenu pour le premier, et sur les pays avec la plus grande charge de morbidité et la moindre capacité à répondre aux trois épidémies, et vers les populations vulnérables pour le deuxième (12).

Pour garantir ce principe, Gavi a établi en janvier 2011 un seuil d'éligibilité à 1500 dollars de RNB par habitant ajustable chaque année. Ce seuil illustre sa vision du soutien qui, directement lié à la capacité des gouvernements de payer pour les vaccins, doit être limité dans le temps. La fixation de ce seuil a engendré le commencement du processus de graduation vers le retrait de Gavi pour plusieurs pays (13). Au-delà de ce seuil, les pays perdent leur éligibilité et commencent leur processus de transition, divisé en deux phases lors desquelles ils prennent progressivement en charge le financement et l'approvisionnement de leurs vaccins (14). En 2016, seize pays sont entrés en processus de transition accélérée[2] et cinq pays sont complètement sortis du soutien de Gavi et financent de manière autonome leurs vaccins[3]. La vision de la transition pour Gavi est donc essentiellement une augmentation de la part de cofinancement des programmes de vaccination par les pays.

Pour Gavi, la stratégie de transition doit permettre qu'après son retrait, les pays aient développé leurs programmes nationaux d'immunisation incluant des vaccins importants en terme de santé publique et soient capables de maintenir ces vaccins post-transition avec une couverture haute et équitable des populations cibles ; tout en ayant des systèmes solides et des processus de prise de décision en place pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins (14). A l'horizon 2020, Gavi ambitionne que 100% des programmes de vaccination soient maintenus après la transition (15).

En introduction de sa Politique de soutenabilité, transition et cofinancement, le Fonds mondial reconnaît que la croissance économique n'est pas synonyme d'accès égalitaire à la santé et aux soins et n'assure pas l'équité en terme de réponses pour les populations clés et vulnérables (12). Cette politique est basée sur les principes de différenciation entre les pays et leur contexte économique et épidémiologique, d'alignement avec les systèmes nationaux existants, de prévisibilité en termes de préavis et de ressources et de souplesse vis-à-vis des situations particulières (12).

Le Fonds mondial définit la durabilité comme la capacité d'un programme de santé ou d'un pays à maintenir et augmenter sa couverture pour atteindre un niveau conforme au contexte épidémiologique et qui pourra fournir un contrôle continu du problème de santé public et soutenir les

[2] Angola, Arménie, Azerbaïdjan, Bolivie, Congo, Cuba, Géorgie, Guyane, Indonésie, Kiribati, Moldavie, Nicaragua, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Timor Leste, Ouzbékistan, Vietnam
[3] Bhoutan, Honduras, Mongolie, Sri Lanka, Ukraine

efforts d'élimination des trois maladies, même après le retrait du Fonds mondial et des autres donateurs internationaux (12). Le Fonds mondial définit la transition comme le mécanisme par lequel un pays ou une entité-pays avance vers le financement et la mise en œuvre totale de ses programmes de santé tout en continuant à maintenir les gains et à les augmenter.

Contrairement à Gavi et au Fonds mondial, PEPFAR envisage la transition non pas comme l'accompagnement de son retrait mais comme un continuum du partage de la responsabilité et une avancée vers l'augmentation de l'appropriation de la réponse nationale au VIH/sida par les pays bénéficiaires – par le gouvernement, la société civile, le secteur privé et les autres parties prenantes (16). Les Plans de durabilité se concentrent donc sur quatre dimensions d'appropriation nationale : l'appropriation politique, l'appropriation institutionnelle et communautaire, les capacités et la redevabilité mutuelle (16). PEPFAR prévoit le partage de responsabilité autour de quatre axes : le partenariat avec les pays, l'augmentation du soutien pour la société civile, l'élargissement de la collaboration avec les partenaires multilatéraux et bilatéraux et l'augmentation de la mobilisation du secteur privé (16).

Les stratégies dépendent largement de la vision qu'ont les différentes initiatives de la transition et de la durabilité. Gavi est l'initiative dont la vision est la plus centrée sur la durabilité financière exclusive, le processus de transition consistant à renforcer la capacité économique des pays dont il se retire afin qu'ils autofinancent leurs programmes de vaccins. Le Fonds mondial quant à lui ajoute une dimension programmatique à la durabilité puisque la transition doit permettre aux pays de maintenir voire de renforcer les programmes et la couverture sanitaire des populations. Enfin, PEPFAR va encore plus loin qu'il recherche l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/sida sans prévoir de retrait complet dans l'immédiat.

Cependant, il existe d'autres dimensions à la durabilité que son caractère financier ou épidémiologique ; un investissement dans la santé stable voire qui augmente ne garantit pas la durabilité des programmes. Selon Gemma Oberth et Alan Whiteside, la durabilité est en fait composée de six dimensions. La durabilité financière est assurée par l'existence de mécanismes de financement stables et diversifiés permettant d'améliorer l'efficience de l'utilisation des ressources et de maintenir un accès à des canaux d'approvisionnement abordables (8). Pour qu'il existe une durabilité épidémiologique, et que les progrès ne sont pas inversés, il faut que le nombre de malades sous traitement augmente et que le nombre des nouvelles infections et les décès dus au VIH diminuent (8). Pour atteindre la durabilité politique, il faut s'assurer que le VIH reste à l'agenda politique et que l'environnement légal et politique soit favorable à l'efficacité de la réponse (8) ; et pour s'assurer de la

durabilité structurelle, il faut que le contexte social soit également favorable à la réponse et que les barrières structurelles à l'accès aux soins soient prises en compte et renversées (8). La durabilité programmatique se traduit par le passage d'une réponse d'urgence à une approche sur le long terme et généralisée tandis que les programmes sont intégrés dans le système de soins primaire (8). Enfin, la durabilité doit également prendre en compte les droits de l'homme afin que le droit à la santé soit protégé pour les populations risquant d'être exclues des décisions et des politiques à cause des cinq facteurs précédents (8).

2. Prévisibilité de la transition

a. Critère d'éligibilité

Alors que les seuils d'éligibilité au soutien de Gavi et du Fonds mondial sont clairs, l'éligibilité à PEPFAR semble être arbitraire.

Gavi se base exclusivement sur un critère économique, le RNB par habitant : les pays sont éligibles au soutien de Gavi lorsque la moyenne des trois dernières années de leur RNB par habitant est inférieure ou égale à 1580 dollars par an (seuil de 2015). Ce seuil d'éligibilité est mis à jour chaque année afin de rendre compte de l'inflation et publié sur le site de l'Alliance. Lorsqu'un pays est éligible, il peut soumettre une candidature à un soutien pour les vaccins ou pour le renforcement des systèmes de santé (14).

Le Fonds mondial quant à lui ajoute une dimension épidémiologique à son critère d'éligibilité puisque les seuils d'éligibilité aux différentes formes de soutien sont différenciés selon le RNB par habitant et la charge de morbidité du pays. La classification par revenu utilise la moyenne des trois dernières années du RNB par habitant selon les données de la Banque mondiale (17). Les pays à faible revenus sont éligibles sans restriction au soutien et peuvent demander une subvention quelle que soit leur charge de morbidité (17). Les pays à revenu intermédiaire inférieur peuvent demander une subvention quelle que soit leur charge de morbidité. Ces pays seront séparés en deux catégories – les pays à revenu intermédiaire inférieure tranche basse et tranche haute – en utilisant comme point de séparation le point médian, ou la moyenne entre la limite basse et haute du RNB par habitant de la catégorie « pays à revenu intermédiaire inférieur » de la Banque mondiale (17). Ils doivent réserver plus de 50% des subventions destinées à des interventions spécifiques à une maladie aux populations clés et vulnérables et / ou aux interventions à l'impact le plus fort. Leurs demandes pour le soutien au renforcement des systèmes de santé doivent être centrées sur l'amélioration des résultats des programmes pour les populations clés et vulnérables dans au moins deux maladies et doivent être

ciblées vers l'augmentation du soutien, de l'efficience et de l'alignement des interventions. Toutes les demandes doivent inclure des interventions prenant en compte les obstacles à l'accès aux soins (comme les problématiques de droits de l'homme ou de genre) (12).

Les pays à revenu intermédiaire supérieur dont la charge de morbidité est supérieure à « haute » sont éligibles pour recevoir une subvention du Fonds mondial (17). Ils doivent centrer toutes leurs demandes sur les interventions qui maintiennent ou améliorent les interventions en cours pour les populations clés et vulnérables et doivent inclure des interventions prenant en compte les obstacles à l'accès aux soins et renforçant les systèmes de santé (12). De plus, dans une volonté de prendre en compte la diversité des situations nationales, les pays à revenu intermédiaire supérieur avec une charge de morbidité « haute » et les petites économies insulaires éligibles à l'Association internationale de développement et dont la charge de morbidité est « basse » ou « modérée » pourront être éligibles à un montant de financement prédéfini (17).

Les pays à revenu intermédiaire supérieur dont la charge de morbidité est inférieure à « haute », les pays à revenu intermédiaire supérieur faisant partie du G20 dont la charge de morbidité est inférieure à « extrême », et tous les pays à haut revenu sont inéligibles.

Pour le VIH/sida, il existe une possibilité additionnelle d'être éligible au soutien du Fonds mondial. Les pays à revenu intermédiaire supérieur ne faisant pas partie des bénéficiaires de l'aide publique au développement du Comité d'Aide au Développement de l'OCDE et dont la charge de morbidité est « haute », « sévère » ou « extrême » sont éligibles pour recevoir une allocation VIH/sida sous la règle des ONG s'ils remplissent les conditions suivantes : l'allocation doit être utilisée pour financer des interventions non fournies pour cause de barrières politiques ; la demande doit être soumise par une entité ne faisant pas partie de l'instance de coordination nationale (ICN) et le programme devra être géré par une ONG présente dans le pays concerné ; le gouvernement du pays ne doit pas recevoir de financement direct ; et les candidats doivent remplir les exigences de la Politique de soutenabilité, transition et cofinancement (17).

Enfin, PEPFAR n'a pas de critère pour le seuil d'éligibilité, mais octroie un soutien différencié selon une catégorisation des pays : les pays à stratégie à long terme, les pays à assistance ciblée et les pays à collaboration technique.

Cependant, pour Dave Burrows et al. (7), l'utilisation des seuls niveaux de revenu et charge de morbidité comme critères posent plusieurs problèmes. Le niveau de revenu n'est pas un miroir de l'état de santé de la population. Les pays à revenu intermédiaire abritent environ 70% des populations pauvres du monde et connaissent des taux d'épidémie très concentrés chez les populations

vulnérables. En outre, ces deux indicateurs ne reflètent en aucun cas la volonté et la capacité des pays à absorber les programmes dans leur financement national et leurs structures opérationnelles. Pour la TB Europe Coalition, la volonté du pays se traduit notamment par l'engagement au niveau politique de financer les programmes et les activités suite au retrait du financement extérieur, et d'établir un environnement légal favorable à la réponse sanitaire tout en éradiquant la stigmatisation des populations affectées (9). La capacité du pays à financer sa réponse sanitaire s'évalue notamment par rapport à sa capacité d'acheter des médicaments en nombre et qualité suffisants ou par rapport à la solidité de ses systèmes de santé (9).

En terme de prévisibilité, Gavi et le Fonds mondial ont tous les deux ajouté une dimension temporelle à leur critère économique puisque la moyenne du RNB par habitant doit être supérieure au seuil d'éligibilité pendant trois années consécutives. Cela doit notamment permettre de s'assurer de la stabilité de la croissance économique tout en ajoutant une dimension de prévisibilité puisque le pays peut théoriquement commencer à se préparer lorsque son RNB par habitant s'approche du seuil et qu'il le dépasse pour la première année. Malgré cela, il existe toujours une confusion certaine dans plusieurs pays autour du moment de la transition. La Jamaïque par exemple s'attendait à recevoir sa dernière subvention du Fonds mondial alors que le gestionnaire de portefeuille (*portfolio manager*) en charge du pays les a assuré qu'elle resterait éligible au vu d'une charge de morbidité plus élevée que la moyenne régionale (7). La même confusion a eu lieu en Afrique du Sud. Cette confusion rend difficile la planification par les pays du processus de transition et rend les populations bénéficiaires des programmes plus vulnérables aux perturbations dans les financements.

b. Calendrier et temporalité

Les études sur la transition recommandent un calendrier long (entre cinq et dix ans pour Burrows et al.(7) et au moins six ans pour la TB Europe Coalition (9)), prévisible et séquencé en différentes étapes avec des cibles financières et opérationnelles à atteindre tout au long du processus. Ces calendriers doivent en outre être publics, et avoir fait l'objet d'une discussion entre le donateur et le pays afin de déterminer des dates claires de début et de fin (7).

Gavi est l'initiative dont le calendrier de transition est le plus long puisqu'il inclut une période indéterminée de préparation à la transition et cinq ans de transition accélérée. Lorsque le RNB par habitant d'un pays dépasse le seuil des économies à faible revenu, il entre en Phase 1 du processus de graduation, aussi appelée "transition préparatoire", pour une durée variable. Lorsque la moyenne du RNB par habitant des trois dernières années est au-dessus du seuil d'éligibilité de Gavi, le pays entre en Phase 2 du processus, également appelée « Transition accélérée », pour cinq ans. Gavi doit en

informer le pays un an avant. La première année de la Phase 2 correspond à une année de grâce pendant laquelle les pays peuvent demander un soutien au renforcement des systèmes de santé ou un soutien pour leurs programmes de vaccination. A partir de la deuxième année en Phase 2, les pays ne peuvent plus soumettre de nouvelles candidatures ou resoumettre des candidatures rejetées pour aucune des fenêtres de financement de Gavi (14). Lorsque le pays ne reçoit plus de soutien de Gavi et qu'il autofinance complètement ses vaccins, il entre en Phase 3 pour cinq années supplémentaires durant lesquelles il aura accès aux prix avantageux négociés par l'UNICEF.

Si dans sa politique de durabilité, transition et cofinancement, le Fonds mondial reconnaît que le processus de transition doit être long pour être réussi et que chaque pays doit commencer à planifier la durabilité, peu importe sa place dans le continuum du développement (12), sa temporalité est très courte en comparaison avec Gavi, puisque la transition est mise en œuvre en trois ans, soit la durée d'une période d'allocation des financements. Lorsqu'un pays à faible revenu devient un pays à revenu inférieur tranche basse, le Fonds mondial soutient les plans stratégiques nationaux afin de s'assurer de la durabilité des programmes et une inclusion des populations clés et vulnérables. Il soutient également le développement de stratégies de financement de la santé dans les pays dont la charge de morbidité est haute et / ou avec de faibles recettes fiscales. Enfin, il s'assure que les programmes qu'il finance peuvent être mis en œuvre à travers le système de santé national existant ; si ce n'est pas le cas, le Fonds mondial peut aider à le renforcer.

Enfin, dans le cas où un pays décide d'engager le processus de transition volontairement, c'est-à-dire de ne pas faire la demande d'une autre subvention alors même qu'il reste éligible, le Fonds mondial pourra fournir un soutien à la planification de la transition ainsi qu'au processus lui-même (12).

3. Préparation à la transition

a. Evaluation du niveau de préparation et plan de transition

Le processus de transition s'appuie sur la rédaction et la mise en œuvre de documents préparés conjointement par plusieurs parties prenantes : l'évaluation du niveau de préparation du pays et le plan de transition.

Les processus d'élaboration de l'évaluation de transition et du plan de transition chez Gavi incluent plusieurs parties prenantes (dont notamment l'OMS, l'UNICEF, Gavi et le gouvernement), ont caractère qualitatif et commencent relativement tôt dans le calendrier du processus de transition. Pour les pays entrant en phase de préparation, ou ceux qui y entreront dans les années à venir, Gavi

initie des évaluations de transition aussi tôt que possible – approximativement deux ou trois ans avant la date prévue d'entrée en Phase 2. Ces évaluations multipartenaires se penchent sur les potentiels obstacles programmatiques et financiers qui mettraient en danger la réussite de la transition ainsi que sur les opportunités d'introduction de nouveaux vaccins avec le soutien de Gavi (14). Elles servent de base pour l'élaboration du Plan de transition par le gouvernement qui répond aux obstacles identifiés et mobilise les opportunités dans le processus vers la réussite de la transition (14).

Pour le Fonds mondial, ces processus sont également inclusifs et qualitatifs puisque l'évaluation du niveau de préparation du pays est un processus national multipartenaires et implique notamment les communautés et la société civile, en plus de l'institution de coordination nationale et du gouvernement. Elle servira d'outil pour stimuler le dialogue national sur les besoins programmatiques et financiers afin d'assurer une planification solide de la transition. A l'instar de Gavi, le plan de travail sur la transition est établi par le gouvernement et doit aborder les blocages et les opportunités identifiés par l'évaluation. Les enjeux critiques à la réussite de la transition doivent être discutés, notamment le renforcement des capacités, le soutien aux populations clés et vulnérables, les interventions répondant aux obstacles à l'accès à la santé, les chaînes d'approvisionnement et logistique.

Les Plans de soutenabilité sont rédigés par PEPFAR, le gouvernement et des représentants des parties prenantes. Ils représentent une version de cinq ans des rôles et des responsabilités évolutives du gouvernement américain dans son soutien pour une réponse au VIH qui soit appropriée et menée par le pays. Ils peuvent également inclure le transfert d'activités réussies de PEPFAR vers le gouvernement bénéficiaire et les institutions non-gouvernementales (16). Ils doivent souligner les domaines où les changements de politique et le renforcement des capacités sont prévus afin de s'assurer qu'ils soient entrepris de manière planifiée, coordonnée et responsable et n'aboutissent pas à une réduction ou discontinuation des services ou une régression de leur qualité (16).

b. Cofinancement

Pour Gavi et le Fonds mondial, la politique de cofinancement sert à inciter les pays à prendre en charge progressivement leurs programmes de vaccination et de lutte contre les épidémies en renforçant le financement national de la santé. La politique de cofinancement de Gavi explicite clairement l'échelonnement annuel de l'augmentation de la part de cofinancement des pays pendant les phases 1 et 2 du processus de transition, ainsi que son caractère obligatoire. Les pays à faible

revenu[4] sont dans la phase d'autofinancement initial, c'est-à-dire qu'ils ont une obligation de cofinancement linéaire à hauteur de 0,20 dollar par dose de vaccin, indépendamment du prix du vaccin (18). Lors de la phase de transition préparatoire, la part de cofinancement du pays augmente de 15% par an. Pour tous les vaccins introduits, le cofinancement commence à la même fraction du prix que les autres vaccins du portfolio annuel (18). Lorsque le pays entre en phase de transition accélérée, la part de cofinancement augmente encore de 15%, lors de l'année de grâce. A partir de la deuxième année, elle augmente linéairement jusqu'à atteindre le financement complet du pays à l'échéance des cinq ans (18). Pour tous les nouveaux vaccins introduits pendant cette période, le cofinancement commence à la même fraction du prix que les autres vaccins du portfolio annuel ; et les pays sont éligibles à recevoir jusqu'à quatre ans de soutien de la part de Gavi à partir de la date d'introduction du vaccin (18).

Les exigences de cofinancement du Fonds mondial sont moins claires. La politique de cofinancement vise à renforcer le financement global du secteur de la santé et la durabilité des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les exigences de cofinancement sont doubles et incluent une augmentation progressive des dépenses gouvernementales en faveur de l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle et une augmentation à chaque période d'allocation du cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial afin de prendre en charge progressivement les coûts principaux des plans nationaux pour les maladies, notamment le financement des ressources humaines, de l'approvisionnement des traitements et produit essentiels et des programmes prenant en compte les populations clé et vulnérables (12). Afin d'encourager l'augmentation de l'investissement national dans la lutte contre les maladies, le Fonds mondial a mis en place une incitation au cofinancement représentant minimum 15% de l'allocation qui sera mise à disposition du pays s'il augmente le cofinancement des programmes. Le montant de l'incitation sera proportionnel au niveau d'augmentation du cofinancement du pays. Ainsi, la politique ne détaille pas les échelons de progression pour l'augmentation des dépenses gouvernementales en faveur de la couverture sanitaire universelle. De plus, cette politique a un caractère bien plus incitatif, contrairement au caractère obligatoire de celle de Gavi, puisque son deuxième pan concerne exclusivement le cofinancement incitatif.

Enfin, la politique de PEPFAR en matière de cofinancement manque de transparence et de clarté puisque les critères d'accès à la catégorie des pays à cofinancement ne sont pas explicités dans la stratégie.

[4] Selon la définition de la Banque mondiale, les pays ayant un RNB par habitant de 1025$ ou moins par an

4. Soutien

La stratégie de Gavi manque de clarté quant à la portée et au contenu du soutien que l'Alliance apportera aux pays dans leur processus de transition. S'il est écrit que Gavi pourra soutenir le pays pour « les activités critiques au succès de la transition » (14), la forme prise par ce soutien n'est pas précisée – soutien financier, renforcement des capacités, activités liées au renforcement des systèmes de santé, etc. L'identification de ces activités est également floue, puisqu'il n'est pas déterminé si elles seront mises en place à la demande des pays ou bien à l'appréciation de Gavi.

La politique du Fonds mondiale en revanche explicite les formes de soutien dont pourront bénéficier les pays – formulation de leurs stratégies nationales de santé et stratégies de financement, renforcement éventuel du système de santé – bien qu'elles soient largement confinées à la période de pré-transition.

Enfin, PEPFAR apporte un soutien très appuyé à chaque étape du plan de durabilité. Il est notamment très impliqué dans l'élaboration du plan et veut assurer la participation de la société civile. La traduction des lignes directrices en langues locales est notamment un très bon exemple de soutien afin de garantir l'inclusion de toutes les parties prenantes. Les pays à stratégie à long terme ont besoin d'un soutien externe pour les programmes de VIH/sida sur le long terme du fait de leur haute prévalence, de leurs besoins de service non comblés, de leurs lacunes en termes de capacités et de l'insuffisance des ressources financières nationales. Dans ces pays, PEPFAR soutient directement la prestation de services tout en renforçant les capacités du personnel, des institutions et des systèmes. L'initiative développe des plans de transition pour passer de l'utilisation de services et systèmes parallèles à l'utilisation des plateformes et des systèmes gouvernementaux, du secteur privé et de la société civile (16). Les pays doivent quant à eux prévoir d'améliorer les politiques, le leadership, les programmes, les capacités, les services et les systèmes (16).

Les pays à assistance ciblée reçoivent un soutien pour les populations clés et / ou les priorités techniques du fait du caractère concentré de l'épidémie. Cependant, certains pays appartiennent à cette catégorie alors qu'ils ont une épidémie VIH/sida généralisée car le gouvernement finance déjà la majorité de la réponse. PEPFAR vient donc compléter l'action gouvernementale en fournissant l'assistance technique et le renforcement des capacités (16). Les Plans de soutenabilité doivent se concentrer sur le passage de la prestation directe des services vers l'amélioration des systèmes et politiques sanitaires afin d'augmenter la capacité nationale à mener, concevoir, gérer, mettre en œuvre, surveiller, évaluer et financer la réponse au VIH (16).

Les pays à collaboration technique sont des pays à revenu intermédiaire dans lesquels des systèmes publics et privés de santé sont déjà établis et des ressources nationales sont mises à disposition pour

financer la réponse au VIH. Le soutien de PEPFAR se base donc sur un échange mutuel d'expertise scientifique et technique (16). Les Plans de soutenabilité doivent alors décrire quels sont les efforts de collaboration nécessaires pour faire progresser certains aspects sanitaires – comme le développement d'instituts nationaux de santé publique, le renforcement des capacités pour fournir une assistance technique au niveau national et pour d'autres pays, les échanges sud-sud, etc. (16).

Les pays à cofinancement sont un sous-groupe des pays à stratégie à long terme et à assistance ciblée dont le RNB augmente et qui sont donc de plus en plus capables de financer leur propre réponse VIH. Les Plans de soutenabilité pour ces pays doivent mettre l'accent sur les capacités des systèmes, du personnel et des institutions afin d'évoluer vers le modèle d'assistance ciblée ou de collaboration technique (16).

5. Flexibilité

Conscient de la trajectoire économique individuelle et unique de chaque pays, Gavi a mis en place des provisions afin d'assurer une certaine souplesse de sa politique de graduation. Un pays peut rester en Phase 1 pour deux années supplémentaires si son RNB par habitant moyen sur les trois dernières années est au-dessus du seuil mais qu'il a fait l'expérience d'une augmentation annuelle de plus de 30% de celui-ci au cours des cinq dernières années ; de même s'il a fait l'expérience d'une augmentation annuelle de plus de 20% du RNB par habitant au cours des cinq dernières années et qu'il a une couverture Penta3 estimée par l'OMS et l'UNICEF à moins de 90%. En outre, si la moyenne triennale du RNB par habitant d'un pays retombe en-dessous du seuil d'éligibilité suite à l'entrée en Phase 2, le pays regagnera son statut éligible au soutien de Gavi. Cependant, il sera impossible pour des provinces ou régions plus pauvres au sein d'un pays à plus haut revenu de devenir éligible indépendamment.

Les critères de flexibilité de la politique de transition du Fonds mondial sont peu clairs et largement basés sur l'appréciation du Secrétariat. Par exemple, le Secrétariat détermine la période et le montant appropriés de financement pour les besoins prioritaires de la transition selon le contexte du pays (12), ainsi que l'accès à l'incitation au cofinancement de chaque entité-pays au cas par cas en prenant en compte le contexte fiscal du pays (12).

6. Coordination

Bien qu'il existe certaines initiatives de coordination inter-donateurs qui laissent envisager une volonté de se coordonner autour de l'importance de la question de la durabilité des réponses sanitaires, d'autres éléments montrent que cette volonté n'est pas reflétée partout. En effet, Gavi et

le Fonds mondial ne font aucune mention de la coordination dans leur stratégie respective, bien que PEPFAR formule une volonté de collaborer étroitement et de se coordonner avec les autres donateurs. De plus, la profusion des outils d'évaluation du niveau de préparation des pays à la transition, bien qu'indiquant une préoccupation pour le sujet, trahit encore une fois un manque de consensus sur la mesure de ce niveau. Cette confusion est d'autant plus inquiétante qu'une coordination effective entre les donateurs est nécessaire dans un contexte où plusieurs pays vont faire l'expérience d'un retrait simultané des différentes initiatives, ce qui pourrait avoir un impact considérable sur la couverture des populations vulnérables.

a. Initiatives inter-donateurs

Malgré la lacune de coordination dans les stratégies respectives de Gavi et du Fonds mondial, il existe des initiatives inter-donateurs qui démontrent une conscience chez les acteurs de la santé mondiale de la nécessité de coordonner leurs actions afin de limiter l'impact de leur retrait sur les programmes de santé des pays. L'initiative pour un accès équitable traite de la coordination dans le domaine de la santé mondiale, alors que le groupe de travail mixte pour la durabilité (*Joint Working Group for Sustainability*) se concentre sur le domaine du VIH/sida et que le groupe de travail sur les pays à revenu intermédiaire et sa stratégie (*Middle Income Country Task* Force) s'est uni autour de la question de l'immunisation. Ces trois initiatives traduisent la prise de conscience des donateurs internationaux du caractère multidimensionnel de la durabilité, qui ne peut être cantonnée à sa seule dimension financière.

L'initiative pour un accès équitable, créée en 2015, rassemble Gavi, le Fonds mondial, l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNICEF, UNITAID, la Banque mondiale et le FNUAP (Fonds des Nations unies pour la population). Ces neuf organisations reconnaissent le besoin de collaboration entre les partenaires du développement pour soutenir de manière maximale les pays alors qu'ils évoluent le long du continuum de développement. Ces donateurs dressent le constat que si le RNB peut servir d'indicateur du degré d'augmentation de la capacité de la santé publique, il ne reflète pas la capacité réelle du gouvernement à fournir un accès équitable à la santé pour tous les citoyens (19) et la classification par le revenu ne prend pas en compte toutes les dimensions du développement comme la pauvreté, les inégalités et les besoins sanitaires (20). De plus, ils notent que les Objectifs de développement durable renouvellent l'engagement de la communauté internationale de « ne laisser personne derrière », ce qui se traduit pour le financement international de la santé par une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, à la réduction des inégalités sanitaires et aux droits des groupes vulnérables et des populations clés (20). Les partenaires de cette initiative collaborent avec des représentants des

gouvernements, la société civile, des universitaires et le secteur privé dans le but de s'assurer que les progrès accomplis dans la santé au cours de la dernière décennie soient maintenus (19). L'objectif est de mieux comprendre les besoins et les capacités des pays en matière de santé à mesure qu'ils progressent sur le continuum du développement en établissant un cadre de santé plus nuancé et fondé sur une diversité d'indicateurs économiques, épidémiologiques, de santé et de gouvernance ayant pour vocation de mieux façonner les décisions nationales et internationales en santé et en développement (21).

Le groupe de travail mixte sur la durabilité rassemble PEPFAR, le Fonds mondial, la Banque mondiale, l'OMS et l'ONUSIDA autour du constat que dans le contexte de diminution du financement des donateurs et de la pression pour accélérer le contrôle durable de l'épidémie du VIH, il y a un besoin urgent d'un cadre partagé pour atteindre la durabilité des réponses au niveau national, ce qui demande une meilleure coordination, transparence et harmonisation du travail des membres du groupe (22).

Le groupe de travail sur les pays à revenu intermédiaire a été créé en 2014 à l'initiative du Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS pour travailler sur l'amélioration de l'accès durable aux vaccins pour cette catégorie de pays. Il est composé de l'OMS, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'Organisation Panaméricaine de santé, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, de Gavi, de l'Agence de médecine préventive, du Sabin Vaccine Institute, de la Task Force for Global Health et de l'institut de recherche Results for Development qui a apporté un soutien analytique au travail du groupe. En avril 2015, le groupe de travail a présenté la stratégie pour les pays à revenu intermédiaire plaidant pour une approche coordonnée et globale de la durabilité de l'accès aux vaccins dans ces pays – en terme de couverture et d'introduction de nouveaux vaccins (23). La stratégie se concentre sur les pays à revenu intermédiaire qui ne sont pas éligibles au soutien de Gavi, et bénéficie ainsi aux pays desquels Gavi s'est retiré – jusqu'à 24 pays d'ici 2020 (23). Il est intéressant de noter que les quatre domaines sur lesquels se concentre la stratégie rejoignent largement les considérations pour une transition réussie : le renforcement de la prise de décision basée sur les faits, l'augmentation de l'engagement politique et la garantie de la durabilité financière des services d'immunisation, l'augmentation de la demande et la prestation équitable des services d'immunisation et l'amélioration de l'accès à des stocks à un prix abordable et en temps voulu (23). Cette similitude entre les buts de la stratégie – qui vise en partie les pays graduant du soutien de Gavi – et les facteurs d'une transition réussie – pour les pays en train de vivre la transition – laisse penser que d'aucuns s'attendent à ce que les pays sortant du soutien de Gavi n'auront pas totalement atteint le stade de durabilité du financement de leurs systèmes de vaccination et auront besoin d'un accompagnement plus long.

b. L'évaluation du niveau de préparation à la transition : les *transition readiness assessments*

Afin d'évaluer le niveau de préparation d'un pays à sortir de l'éligibilité d'un fonds et à prendre en charge ses programmes de santé de manière autonome, les initiatives de santé ont toutes mis en place un système d'évaluation du niveau de préparation des pays à la transition. Le but de cette évaluation est d'identifier les obstacles et les défis à prendre en compte lors de la transition afin de mieux préparer le processus : ces évaluations viennent nourrir les plans de transition établis *a posteriori*. Alors que nous avons vu que la vision de la transition différait selon les initiatives, il n'est pas surprenant que les critères mesurés lors ces évaluations varient. En outre, ces différences s'expliquent également par quand et comment ces outils sont utilisés et leurs conclusions exploitées.

Le cadre d'évaluation de la transition de Gavi est structuré autour de sept piliers : la performance et le niveau de préparation globaux ; l'accès, l'équité et la qualité des services d'immunisation ; la durabilité financière ; les institutions et les politiques ; l'approvisionnement ; la régulation et les plans de graduation et les subventions (24). Ce cadre est mis en œuvre lors d'une mission de graduation d'une équipe constituée du Secrétariat de Gavi, de l'OMS, de l'UNICEF et des partenaires nationaux avant la première année du processus de transition. Cette mission se conclut par la publication d'une évaluation qualitative de graduation qui permettra de nourrir le plan de transition et le choix du type d'assistance technique et de soutien. En revanche, cette évaluation n'influence ni sur la décision de Gavi de se retirer du pays, ni sur le calendrier prévu par sa stratégie (24).

La Fondation Internationale Curatio a développé un cadre d'évaluation du niveau de préparation à la transition (*Transition Preparedness Assessment Tool*) pour le Fonds mondial. Cet outil doit permettre de mettre en avant les domaines prioritaires, de façonner la planification nationale du processus mais également de surveiller et d'évaluer les transitions. Ce cadre d'évaluation prend en compte plusieurs facteurs, qu'ils soient contextuels ou opérationnels (25). Il inclut 38 indicateurs divisés en deux catégories elles-mêmes divisées en sous-catégories : environnement externe (politique et économique) et environnement interne (financement, ressources humaines, systèmes d'information, gouvernance, redevabilité, prestation de services, capacité organisationnelle et planification de la transition) (24). Cet outil, développé dans quatre pays d'Europe de l'Est-Asie centrale, sera utilisé chez tous les pays, et pourra être adapté par les équipes nationales afin d'aider les pays à développer des plans de transition chiffrés dans lesquels les déficits potentiels de financement et de services apparaissent clairement (25). Pour le moment, l'utilisation de cette évaluation n'est pas intégrée au calendrier et à la stratégie de transition du Fonds mondial, il est donc possible qu'il nourrisse dans le

futur le plan de transition, qu'il influence le type de soutien offert aux pays et qu'il soit utilisé non seulement pour décider du statut transitionnel d'un pays comme de son calendrier (24).

PEPFAR quant à lui utilise le *Sustainability Index Dashboard* (SID) pour évaluer le niveau de durabilité de la réponse au VIH nationale. Basé sur 90 questions, cet index évalue l'état de durabilité de la réponse nationale au VIH/sida à travers quinze éléments divisés en quatre catégories de la durabilité : la gouvernance, le leadership et la redevabilité, le système sanitaire national et la prestation de services, les investissements stratégiques, l'efficience et le financement durable et l'information stratégique (24). Les équipes pays de PEPFAR, idéalement avec la participation du gouvernement et des autres partenaires nationaux, répondent à des questions à choix multiple pour chaque catégorie. Ces réponses sont pondérées et le résultat final est exprimé en note de 0 à 10 pour chacun des quinze éléments. Le système de notation permet d'identifier quels éléments manquent de durabilité et nécessitent des investissements additionnels afin de combler les faiblesses. Cette évaluation quantitative est complétée par des données contextuelles sur l'économie, la démographie et l'épidémiologie du pays. Contrairement aux autres donateurs, PEPFAR applique cette évaluation de manière annuelle à tous les pays, peu importe qu'ils soient en période de transition (24).

Enfin, il est intéressant de noter que l'*Eurasian Harm Reduction Network* a également établi un outil d'évaluation du niveau de préparation à la transition (*Transition Readiness Assessment Tool*) avec le soutien d'APMGlobal qui fournit un cadre quantitatif pour mesurer le progrès d'un pays vers une transition durable du financement des services de réduction des risques par des ressources nationales (26). Cet outil est basé sur quatre thématiques divisées en indicateurs : politique (plan de transition, environnement légal et politique, mécanisme de contrat avec les ONG), gouvernance (organe de gouvernance durable, pilotage des programmes, pilotage financier), finance (budget optimisé, financement pour les ONG, systèmes d'approvisionnement), programme (suivi standardisé, couverture des services, partenariat avec les ONG). Cet outil suppose qu'il y a trois stades de préparation pour les pays en phase de transition (26) : le stade 1 indique qu'un pays a fait des progrès vers la préparation d'une transition durable mais que des obstacles significatifs demeurent. Le stade 2 indique qu'un pays est actif dans le processus d'adoption de changements positifs mais que plus de temps est nécessaire avant que les systèmes soient préparés à une transition durable au financement national. Le stade 3 indique qu'un pays est prêt pour la transition, avec tous les mécanismes essentiels en place pour maintenir les programmes après le retrait des financements des donateurs. Cet outil assemble un profil de préparation pour chaque pays reflétant un niveau quantitatif pur ainsi qu'une vision de la préparation dans chaque thématique et par indicateur. Cela permet d'avoir une vision globale du niveau de préparation et de distribuer ce niveau entre thématiques afin de souligner les forces et faiblesses du pays et d'identifier les lacunes où il est important d'intensifier les efforts.

Ces cadres d'évaluation présentent plusieurs similitudes mais diffèrent également en certains points. Tout En termes de contenu, il apparaît que les principaux facteurs à évaluer pour les quatre outils sont l'environnement politique et la gouvernance, l'état du financement, la planification de la transition et la prestation des services. D'autres éléments se rejoignent mais ne sont pas unanimes, comme la volonté d'évaluer l'efficience des programmes chez Gavi et PEPFAR ou les capacités des systèmes d'information chez PEPFAR et l'outil de Curatio. Certains éléments sont spécifiques aux outils, comme l'évaluation des capacités d'approvisionnement pour Gavi, l'analyse des ressources humaines en santé ou de la capacité organisationnelle pour Curatio et enfin la prise en compte de l'environnement légal et du partenariat entre Etat et ONG pour l'*Eurasian Harm Reduction Network*. Ces deux facteurs ont pourtant une influence non négligeable sur l'impact que les transitions auront sur les populations vulnérables.

Malgré le fait que le processus soit encadré par des stratégies voulant couvrir le processus de transition de sa préparation jusqu'au retrait définitif des initiatives en santé mondiale, la mise en œuvre montre que certains facteurs doivent être davantage pris en compte pour arriver à une réussite du processus dans la pratique.

Chapitre 2 – La transition dans la pratique

Malgré la mise en place de ces stratégies de transition par les initiatives en santé mondiale, la réalité des transitions passées a mis en évidence les nombreux facteurs sur lesquels il convient d'influencer pour s'assurer d'une réussite du processus dans la pratique. De plus, ces stratégies, notamment par leur manque de coordination, ne prennent pas en compte le fait que plusieurs pays vont faire, ou font déjà l'expérience d'une simultanéité du retrait des initiatives de santé mondiale. Pour étudier ce phénomène de simultanéité, il est pertinent d'étudier la politique de transition de l'Association internationale de développement, l'organe de la Banque mondiale dont les bénéficiaires sont les pays les plus pauvres.

1. Revue de la littérature : expériences passées et leçons apprises

La revue de la littérature des expériences de transition passées et en cours met en évidence les lacunes des stratégies et les principaux facteurs sur lesquels se concentrer afin d'assurer la réussite du processus et la durabilité des réponses nationales.

a. Planifier la transition

Mettre fin au financement d'un pays sans s'assurer qu'un plan de transition ait été rédigé par toutes les parties prenantes et qu'un financement est alloué à ce plan mène, dans la plupart des cas, à l'échec rapide du processus, dans les mois suivant le retrait du donateur. En Serbie par exemple, le Fonds mondial s'est retiré alors qu'aucun plan ou financement pour le processus de transition n'était en place. Le gouvernement n'a pas pris le rôle de leader de la transition, l'ICN ne s'est pas réunie depuis le retrait du Fonds mondial et la Commission nationale pour le VIH/sida, prédécesseur de l'ICN, n'a pas repris ses fonctions depuis cinq ans. Ainsi, personne n'est tenu responsable de la mise en œuvre de la transition (27) ce qui a entraîné un échec du processus puisque deux ans après le retrait du Fonds mondial, le pays a été re-classifié comme éligible au soutien, suite à une recrudescence du VIH. En Afrique du Sud, le Cadre de partenariat de PEPFAR explicitait que le niveau de financement réduirait au fil du temps, mais n'établissait pas de calendrier pour le rythme de cette diminution. De plus, le plan se concentrait essentiellement sur la transition au financement national des activités de soins et de traitement sans mentionner l'impact du processus sur les activités de prévention ce qui a abouti au sous-financement de ces dernières et à un déficit d'attention pour les interventions et stratégies à haut impact, traditionnellement financées par les donateurs (28).

Dans le cas du Fonds mondial, la politique de transition et de durabilité est récente, et les processus de transition qui l'ont précédée ont donc été chaotiques puisqu'il n'existait pas d'approche universelle ou de stratégie standardisée. En 2015, la Fondation internationale Curatio a rédigé une synthèse des expériences de transition du Fonds mondial, suite à la demande du Groupe technique de référence en évaluation (*Technical Evaluation Reference* Group) du Fonds mondial. Cette étude met en avant que les premières transitions du Fonds mondial ont été mises en difficulté par le caractère inattendu du retrait de l'initiative, par le temps limité donné aux pays pour préparer leur transition et par le fait que le Fonds mondial n'ait pris aucune mesure pour préparer et guider les pays dans la transition (29). Aujourd'hui, peu de pays ont fini d'établir leur plan de transition et il est donc difficile d'en évaluer la réussite. D'après Ivan Varentsov, le niveau de soutien du Fonds mondial pour la rédaction et la mise en œuvre de ce plan dépend largement de l'implication du gestionnaire de portefeuille national (*portfolio manager*).

b. Assurer la participation des parties prenantes

La participation des parties prenantes au processus de transition est un facteur critique de sa réussite car elle assure que tous les niveaux s'approprient le plan de transition, comprennent les objectifs et acceptent ses responsabilités (28). En plus des équipes des donateurs doivent être inclus des diplomates de haut niveau, des représentants des Ministères de la santé et des finances, les organisations de la société civile, les autres donateurs, et des représentants du secteur privé (28). Dans le cas du Fonds mondial, la société civile est incluse dans le processus grâce à sa participation à l'ICN mais son implication semble être surtout formelle puisque si elle peut donner son avis sur les premières versions des documents liés à la transition, seuls le récipiendaire principal (souvent le gouvernement) et le Fonds mondial prennent les dernières décisions, notamment sur le budget, avec très peu de transparence[5]. Le fait qu'elle soit mise de côté au dernier moment, notamment lors de la discussion sur l'évolution du budget national, est source d'inquiétude puisque les gouvernements sont souvent réticents à l'idée d'allouer des ressources pour les populations vulnérables et que le pouvoir d'influence politique du Fonds mondial est limité, comme nous l'expliquons ci-dessous.

[5] Entretien avec Ivan Varentsov

c. Augmenter l'engagement politique : créer des champions et respecter les droits de l'Homme

Les barrières auxquelles font face les populations clés pour accéder aux services sanitaires sont politiques. Le Fonds mondial n'a pas de personnel basé hors de son siège à Genève et a donc une capacité limitée pour agir sur ces défis politiques (30). En outre, les responsables nationaux de la santé avec lesquels le Fonds interagit n'ont pas la capacité d'agir profondément sur les influences sociales et religieuses qui nourrissent les barrières pour l'accès aux soins des plus vulnérables. Le peu d'influence politique que le Fonds mondial possède pour faire levier décline avec la diminution de son financement (30). Tous les auteurs étudiés insistent donc sur la nécessité d'augmenter l'engagement politique de haut niveau car même les gouvernements s'engageant à maintenir les investissements du Fonds mondial se montrent réticents à financer les programmes ciblant les populations vulnérables. C'est le cas du gouvernement serbe qui, malgré ses engagements dans la Stratégie nationale pour la drogue et la Stratégie nationale pour le VIH/sida, a alloué seulement 3% de son budget national pour le VIH à la prévention en 2015, et aucun fonds pour les populations vulnérables (27). Le résultat a été catastrophique puisque les programmes fournissant des services à 3000 PID dans sept villes ont fait l'expérience de coupes drastiques dans leur budget ou ont dû s'arrêter. En Jamaïque, le Fonds mondial se retirera à la fin de 2018 et les ONG rapportent que bien que le Ministère de la santé reconnaisse l'importance des programmes pour les populations vulnérables, les Ministères de la justice et des finances refusent de soutenir les programmes de VIH pour les populations criminalisées (entres autres les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes) (27). Le même phénomène s'est également produit au Mexique, où les programmes de distribution de matériel propre d'injection ont diminué de 60 à 90% suite au retrait du Fonds mondial (27). L'une des clés de la réussite d'une transition est donc l'identification précoce de champions politiques de haut niveau dont le plaidoyer en faveur du maintien et de l'augmentation du financement national doit être soutenu tout le long du processus.

En outre, l'engagement politique doit également se traduire dans la volonté de faire évoluer l'environnement légal pour qu'il soit conforme au respect des droits de l'Homme. En effet, la persistance de la stigmatisation, discrimination et criminalisation nourrit l'impact négatif de la transition sur les droits des populations vulnérables, en faisant obstacle à leur accès aux services et mettant en danger la durabilité des programmes (9).

d. Soutenir les organisations non gouvernementales

Les ONG et les services communautaires ont un rôle déterminant pour l'accès des populations vulnérables aux soins tant au niveau programmatique, puisqu'elles assurent souvent les activités

ciblant ces groupes, qu'au niveau politique, puisqu'elles peuvent, en tant qu'actrices de la société civile, s'assurer que le gouvernement maintienne et étende les services en augmentant leur financement et en réduisant les barrières politiques et légales. Cependant, elles sont largement dépendantes du financement des donateurs extérieurs et manquent parfois de capacités pour mener un plaidoyer efficace au niveau national (30). Afin de s'assurer qu'elles puissent maintenir leurs services suite au retrait des donateurs, il faut que les pays se dotent d'un cadre légal pour leur implication dans la réponse sanitaire, un mécanisme de contrat social entre l'Etat et les ONG afin d'assurer la continuité des services de ces dernières.

e. Suivi et évaluation

Les évaluations de mi-parcours ont un rôle déterminant dans la réussite du processus de transition puisqu'elles permettent de valider ou d'infirmer les premières hypothèses sur lesquelles le plan de transition a été bâti et de répondre au contexte changeant et aux nouveaux défis (28). En effet, les premiers bilans des transitions des programmes de planning familial du soutien d'USAID au financement national en Amérique latine montrent que les plans de transitions les plus réussis étaient assez souples pour s'accommoder des évolutions dans le contexte et aux besoins identifiés lors d'une évaluation à mi-parcours (28).

En plus de ces différents facteurs, les initiatives en santé mondiale doivent impérativement prendre en compte la réalité de la simultanéité du phénomène de transition pour de nombreux pays qui, sans coordination effective, peut être un frein considérable au bon déroulement du processus et à l'atteinte de la durabilité.

2. Enjeux de simultanéité

La préoccupation pour la nécessité de réduire la dépendance des pays aux financements des donateurs et de s'assurer de la durabilité des réponses nationales sanitaires est relativement récente. Dans un souci de mieux accompagner les pays dans leur graduation, les stratégies de transition ont été établies dans les dernières années de manière non coordonnée et en établissant des seuils d'éligibilité similaires. En conséquence de ce phénomène, une vingtaine de pays mènent plusieurs transitions de front et une trentaine vivront une transition simultanée dans les années à venir. C'est d'autant plus problématique que ces mêmes pays sortent également du soutien de l'Association internationale de développement à la même période.

a. La stratégie de transition de l'Association internationale de développement

L'Association internationale de développement (AID) est la branche de la Banque mondiale qui soutient les pays les plus pauvres. Elle mène des activités de développement diverses, dont certaines sur les services sanitaires basiques. Elle finance les pays via des prêts concessionnels ou des subventions, et son seuil d'éligibilité est proche de celui des initiatives de santé mondiale. Elle a également réfléchi à une stratégie de transition dans laquelle elle prend notamment en compte le besoin de coordonner ses actions avec ceux des autres donateurs.

La sortie de l'éligibilité au soutien de l'AID comporte plusieurs risques pour les pays qui feront notamment face à une augmentation des coûts d'emprunt puisqu'ils auront désormais accès à des taux de prêts plus élevés. De plus, certains bailleurs lient la concessionnalité de leurs financements au statut de bénéficiaire de l'AID. Les coûts affectés au service de la dette sont également plus élevés car les pays entrent dans la mise en œuvre de la clause de paiement accéléré, et doivent accélérer le remboursement de leurs crédits impayés. Enfin, les volumes de financement de la Banque mondiale peuvent diminuer abruptement car lors de la période pré-transition, les pays ont accès aux financements de l'AID et de la BIRD. Tous ces facteurs réduisant significativement le volume des financements disponibles ont un impact négatif sur la capacité des pays à maintenir leur élan de développement (31).

Alors que l'Angola, l'Arménie, la Bosnie-Herzégovine, la Géorgie et l'Inde ont gradué à la fin d'IDA16 (16ème période de reconstitution de l'AID), à la fin de l'exercice 2014, la Bolivie, le Sri Lanka et le Vietnam graduera à la fin de l'exercice 2017, à la fin d'IDA17 (31).

Aussi, le retrait de l'AID des pays ajoute-t-il un poids complémentaire non négligeable dans la simultanéité de la transition puisque les pays voient leurs conditions de prêt se durcir et les volumes de financements diminuer alors même que leur part de cofinancement des programmes nationaux de santé augmentera.

b. Stratégie de transition

Pour être éligible aux ressources de l'AID, un pays doit satisfaire aux deux conditions suivantes : il doit connaître une pauvreté relative, à savoir un RNB inférieur au seuil établi et actualisé chaque année – 1215 dollars américains pour l'année fiscale 2016 – et présenter une cote de crédit ne lui permettant pas d'emprunter aux conditions du marché et ainsi nécessiter des ressources concessionnelles pour financer son programme de développement. L'AID a deux seuils d'éligibilité qu'il est important de savoir différencier afin de pouvoir comprendre sa politique d'éligibilité. En 1964, le plafond d'éligibilité

a été fixé à 250 dollars de RNB par habitant. Afin de prendre en compte l'inflation, il était modifié chaque année. Au début des années 1980, les ressources de l'AID étaient insuffisantes pour financer des programmes dans tous les pays sous ce plafond, le seuil historique, et la branche de la Banque mondiale a donc arrêté de subventionner les pays appartenant à la tranche supérieure de cette échelle en créant un deuxième seuil d'éligibilité plus bas, le seuil opérationnel.

Lorsque le RNB par habitant dépasse le seuil d'éligibilité opérationnel et que le pays est jugé comme étant solvable pour être éligible aux financements de la BIRD (Banque internationale de reconstruction et de développement), le pays obtient un statut mixte, c'est-à-dire qu'il bénéficie des financements de l'AID et de la BIRD, les premiers diminuant progressivement alors que les seconds augmentent (32). En moyenne, les pays gardent leur statut mixte pendant deux cycles de reconstitution.

Une fois que le RNB par habitant est supérieur au seuil opérationnel d'éligibilité depuis au moins trois ans et qu'il est évalué comme étant solvable depuis la même durée, le pays passe du statut mixte au statut BIRD. Il n'aura alors plus accès aux financements de l'AID. La préparation à cette graduation est basée sur une évaluation des perspectives macroéconomiques d'un pays, du risque de surendettement, de la vulnérabilité aux chocs, à la dette extérieure et aux liquidités, à la stabilité politique et aux niveaux de pauvreté et des indicateurs sociaux. Cette graduation se fait généralement sur une période de reconstitution (32).

L'AID a établi trois critères que les pays qui graduent doivent remplir afin de pouvoir bénéficier d'un soutien à la transition (31). Le RNB par habitant doit être en-dessous du seuil historique au moment de la graduation, le but étant de s'assurer que le financement de l'AID soit effectivement conservé pour les pays relativement plus pauvres. Le pays doit avoir un niveau de pauvreté significatif, mesuré par plusieurs indicateurs sociaux dont le nombre de personnes vivant dans la pauvreté, l'incidence de la pauvreté, les progrès vers les Objectifs du millénaire pour le développement – ou aujourd'hui vers les Objectifs de développement durable – le taux de scolarisation primaire, l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation, etc. Enfin, le pays doit être menacé de faire l'expérience d'une réduction significative des nouveaux engagements et des flux nets de la Banque mondiale après avoir gradué. Le soutien transitionnel dont les pays peuvent bénéficier s'ils remplissent ces trois critères se présente sous la forme d'un financement par les ressources de l'AID qui doit être ciblé sur la lutte contre la pauvreté afin d'aider le pays à s'attaquer aux poches de pauvreté tout en adoucissant la chute brutale de l'accès aux ressources de la Banque mondiale (31). Le montant du soutien serait plus bas que celui que le pays aurait reçu s'il avait gardé son statut d'éligibilité à l'AID et serait financé en majeure partie par des prêts concessionnels dans la mesure où ils sont disponibles. Les conditions seraient donc plus dures que le financement de l'AID mais moins que celles de la BIRD (31).

Alors que l'Inde a été le premier pays à bénéficier de ce soutien transitionnel, les participants au premier rendez-vous de préparation d'IDA18 en mars 2016 ont proposé de renforcer la politique de transition de l'AID en se basant sur cette expérience et ont soumis la proposition d'un soutien systématique à tous les pays graduant au statut BIRD. La raison principale avancée pour justifier une systématisation du soutien jusqu'alors soumis aux trois critères exposés ci-dessus est un contexte actuel difficile où les ambitions de développement ont été revues à la hausse, notamment suite à l'adoption des Objectifs du développement durable en septembre 2015 alors que les défis et les risques auxquels font face les pays sont de plus en plus complexes (notamment l'urbanisation, la transition démographique ou les changements climatiques) (33). Il est donc proposé que les pays ayant gradué lors d'IDA17 (sauf l'Inde) et que les pays qui vont graduer pour IDA18 reçoivent des fonds de soutien pendant trois cycles de reconstitution. Lors d'IDA18, les pays recevraient la même allocation que pendant IDA17 ; lors d'IDA19, ils recevraient deux-tiers de cette allocation et plus qu'un-tiers lors d'IDA20 (33). L'Inde, ayant déjà reçu un soutien pendant IDA17 suivrait le même schéma mais terminerait le cycle à la fin d'IDA19. Ce soutien sera renforcé par une expertise technique de spécialistes qui aideront les pays à développer des politiques solides et entreprendre des réformes structurelles (33).

Soucieuse du niveau de préparation des pays, l'AID a évalué le niveau de préparation des neuf pays à statut mixte actuels en menant une analyse individuelle des vulnérabilités et des défis auxquels ils font face pour conclure qu'ils n'étaient pas prêts à graduer en même temps que la Bolivie, le Sri Lanka et le Vietnam. Les raisons avancées varient entre une dépendance trop forte aux exportations de produits de base (Cameroun et Congo par exemple), un nombre élevé de personnes vivant dans la pauvreté (Nigeria, Papouasie Nouvelle-Guinée ou Ouzbékistan), des vulnérabilités liées à la dette et au risque de surendettement (Cameroun et Mongolie), une fragilité étatique notamment liée à des vulnérabilités économiques et climatiques (Timor-Leste) et un manque d'accès aux marchés (Moldavie) (32).

L'AID a mis en place une *Graduation Task Force* au début du cycle de reconstitution IDA17 (mi-2014) pour assurer la coordination du processus de graduation au sein de la Banque mondiale et faire en sorte que la transition de l'AID à la BIRD se fasse sans accroc et pour réduire les risques de diminution soudaine des financements de la Banque mondiale. Son rôle est de conseiller les autorités du pays et les équipes locales sur les différentes options disponibles pour construire un calendrier de paiement adapté à la capacité de remboursement du pays (31). Dans le futur, ce groupe de travail aura un engagement plus profond et systématique avec les équipes nationales, plus tôt dans le processus (dès que le pays passera au statut mixte), afin de s'assurer que les autorités sont préparées à la

transition. Son travail permettra de mettre en évidence qu'une graduation réussie implique que les pays soient prêts pour cette étape.

En plus de cette coordination interne, l'AID fait explicitement mention de sa volonté de se coordonner avec les autres banques multilatérales de développement et les autres créanciers bilatéraux.

L'analyse des éléments théoriques et pratiques de la transition permet de mieux comprendre comment le processus a été envisagé par les initiatives en santé mondiale et quels facteurs ont été identifiés par la littérature comme participant aux bonnes pratiques. Cette étude permet d'avoir les éléments nécessaires pour se pencher sur les transitions en cours dans certains pays et d'analyser comment les facteurs énoncés ci-dessus sont pris en compte dans le processus et quels sera l'impact sur les populations vulnérables.

PARTIE 2
ETUDES DE CAS

Comme introduit dans la Partie 1, les politiques de transition n'ont pas toujours les effets escomptés dans la pratique. Il est donc intéressant de se pencher sur des études de cas de transition en cours afin d'illustrer les problématiques auxquelles font face les pays et les initiatives mondiales en santé dans la mise en œuvre des processus de transition. Ces études de cas permettront notamment d'étudier l'impact et les effets de la transition sur les programmes ciblant les populations vulnérables.

La première étude de cas analyse le cas du financement des programmes de réduction des risques en Bulgarie, où la subvention VIH du Fonds mondial se termine fin septembre 2016. La deuxième étude se concentre sur le financement de la réponse pour le VIH et la tuberculose en Thaïlande, où la subvention du Fonds mondial se termine fin décembre 2016. Enfin, la dernière étude de cas analyse la sortie d'éligibilité de Gavi de la République du Congo, qui est entré en phase de transition accélérée en 2016.

Dans chaque étude de cas, nous étudierons les éléments contextuels ayant un effet direct sur le processus de transition. Les contextes politique et épidémiologique illustrent l'état actuel de la réponse nationale en termes de progrès sanitaires acquis et en termes de stratégies nationales. Ils permettent d'avoir une première approche de la priorité nationale donnée à la santé et aux problématiques spécifiques – lutte contre les épidémies et vaccination. L'étude de la culture et de la législation figure les barrières auxquelles peuvent faire face les populations vulnérables notamment dans leur accès aux services de santé et qui peuvent également freiner la volonté politique de prendre en charge ces populations. L'état du secteur de la société civile est un bon indicateur pour mesurer la prise en charge gouvernementale des services pour les populations vulnérables. En effet, un secteur fort indique souvent un besoin à combler en termes de couverture des programmes. Enfin, l'étude du financement de la réponse aux épidémies ou de la vaccination permet d'analyser le partage du financement entre le gouvernement et les donateurs internationaux ainsi que la proportion du financement pour chaque composante (prévention, traitement, etc.). Après avoir examiné les éléments du contexte national, nous analyserons le processus de transition en déroulant son contexte et sa planification afin de pouvoir rendre compte de ses points forts et ses lacunes et de son impact sur la couverture des populations vulnérables.

Chapitre 1
La réduction des risques dans les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale : l'exemple de la Bulgarie et la transition au financement national de la réponse au VIH/sida

Il est intéressant d'étudier la Bulgarie puisque, comme nous l'avons vu dans la Partie 1, le Fonds mondial a eu un bilan contrasté en termes de succès dans son retrait de la région Europe de l'Est-Asie centrale. La subvention pour le VIH/sida du Fonds mondial se terminera à la fin du mois de septembre 2016. Les personnes s'injectant des drogues étant la population la plus vulnérable à l'infection au VIH dans le pays, cette étude de cas se concentrera sur le financement des programmes de réduction des risques. Les informations utilisées pour rédiger cette étude sont principalement tirées de l'étude de cas faite sur le pays par l'*Eurasian Harm Reduction Network* publiée en septembre 2015 et mise à jour grâce aux informations fournies par Anna Lyubenova, travaillant à l'*Initiative for Health Foundation*.

1. Contexte de la région Europe de l'Est-Asie centrale

En 2011, le Fonds mondial a adopté sa stratégie pour 2012-2016 avec laquelle il entérine son nouveau modèle de financement (*New Funding Model*) qui sera introduit en 2014. Le but principal de ce modèle étant de maximiser l'impact et la durabilité des financements du Fonds mondial sur la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, il concentre les ressources vers les pays avec la charge de morbidité la plus haute et la moindre capacité à payer pour la réponse. Les pays à haut revenu et les pays à revenu intermédiaire supérieur avec une charge de morbidité modérée ou basse deviennent inéligibles au soutien du Fonds mondial. Cette évolution a entraîné la réduction de 15% des financements disponibles pour les pays de la région de l'Europe de l'est et Asie centrale entre 2011-2014 et 2015-2017 (34) alors que c'est la région du monde où l'épidémie du VIH connaît la croissance la plus rapide et avec les plus hauts taux de tuberculose multirésistante (9). Ces pays dépendent encore largement du soutien du Fonds mondial pour financer les programmes de réduction des risques et pour se procurer des antituberculeux de seconde ligne dans un contexte où le fardeau économique de la tuberculose multirésistante augmente (9). En effet, l'établissement du Fonds mondial dans la région a entraîné le retrait d'autres donateurs internationaux du domaine du VIH/sida ou leur changement de priorité vers le soutien au plaidoyer ou le renforcement des capacités (35).

Le Fonds mondial se retire petit à petit de la plupart des pays de la région dans lesquels il a des projets. Les expériences de transition, comme analysées par l'*Eurasian Harm Reduction Network*, sont très différentes d'un pays à l'autre et varient de la réussite comme en Croatie à l'échec comme en Serbie. Dix ans après le retrait du Fonds mondial, la Croatie a pu maintenir le statu quo de sa réponse

nationale contre le VIH et étendre certaines de ses composantes (deux fois plus de dépistages entre 2009-2014 qu'entre 2003-2008) car le pays avait institutionnalisé son mécanisme de réponse nationale à l'épidémie grâce à des structures de gouvernance et une forte implication de la société civile et finançait plusieurs composantes de la réponse VIH bien avant le retrait du Fonds mondial en 2006 (9). Cependant, l'exemple de la Croatie semble être une exception heureuse dans l'histoire du retrait de la région du Fonds mondial. En effet, la politique de transition et de durabilité a été introduite récemment et les expériences qui l'ont précédée n'étaient pas uniformes et standardisées[6]. Par exemple, le Fonds mondial s'est retiré de la Roumanie et de la Serbie sans plan de transition, ce qui a été un échec dans les deux cas. La Roumanie a perdu son éligibilité au soutien du Fonds mondial pour le VIH en 2010 ce qui a abouti à l'effondrement des services, et notamment la disponibilité des programmes d'échange de seringues pour les PID. Le déficit de financement n'a pas été comblé suffisamment et assez vite et a donc directement engendré une recrudescence catastrophique de la prévalence de l'épidémie chez les PID : en 2009, alors que le financement du Fonds mondial était toujours disponible, elle était estimée à 1,1%, puis à 6,9% en 2012 et à 53% en 2013 (36).

La Serbie qui a perdu son éligibilité au soutien du Fonds mondial pour le VIH en 2012/2013 et dont les financements se sont arrêtés en 2014 a été re-classifiée comme éligible en 2015 et 2016 suite au retour de sa charge de morbidité à « haute »(37) et pourra donc à nouveau prétendre à un financement pour la période 2017-2019. Alors que le gouvernement s'était engagé à maintenir les services de réduction des risques mis en place grâce au soutien du Fonds mondial, en juillet 2015 il n'avait pas encore réussi à combler le déficit de financement et n'en soutenait qu'une portion (37). L'*Eurasian Harm Reduction Network* pointe l'absence de plan de transition et de cadre institutionnel pour la coordination de la transition, la faible priorité accordée à la prévention du VIH et le manque de mécanismes alternatifs pour assurer la durabilité du financement pour les ONG comme les principales raisons d'échec du processus de transition.

2. Contexte de la Bulgarie

a. Contextes politique et épidémiologique

La Bulgarie, l'un des pays les plus pauvres de l'Union européenne, est classifié par la Banque mondiale comme un pays à revenu intermédiaire supérieur, avec un RNB par habitant de 7220 dollars américains en 2015 (6). Récemment, le pays a fait l'expérience d'une instabilité politique qui s'est traduite par la succession de trois gouvernements en l'espace de deux ans, et d'une instabilité

[6] Entretien avec Ivan Varentsov

économique puisqu'en juin 2014, la quatrième plus grosse banque, la *Corporate Commercial Bank*, s'est effondrée, coûtant deux milliards de dollars américains au gouvernement (34).

Entre 2000 et 2012, le taux de décès dus au VIH a augmenté de 0,9 personnes à 3,8 personnes sur 100 000 (34). La prévalence de l'épidémie est faible dans la population générale mais il existe cependant une possibilité de croissance rapide d'épidémies concentrées dans les groupes de population vulnérable, notamment les personnes s'injectant des drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et donc un risque de généralisation de l'épidémie au reste de la population, où le mode de transmission principal est les relations hétérosexuelles (38). Les personnes s'injectant des drogues en particulier sont disproportionnellement affectées par le VIH, avec une augmentation de la prévalence entre 2004 et 2012 de 0,6% à 10,7% (34)- c'est également le cas dans toute la région d'Europe de l'Est et Asie centrale puisque ce groupe représentait 51% des nouvelles infections en 2014 (39). La Bulgarie a un niveau médian d'accès – par rapport à la cible de 75% fixée par l'OMS, l'ONUDC (l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime) et l'ONUSIDA – au dépistage du VIH, puisqu'en 2012, 62,5% des PID s'étaient fait dépister dans les douze derniers mois et connaissaient le résultat (40). Le traitement antirétroviral est accessible à tous, cependant selon une étude de 2012 effectuée dans deux villes en dehors de la capitale du pays, seulement 57% des PID savaient qu'il existait un traitement pour le VIH et 53% qu'ils pouvaient y accéder s'ils étaient infectés par le virus (40).

En 2008, le gouvernement bulgare a adopté le Programme national de prévention et de contrôle du VIH et des infections sexuellement transmissibles pour 2008-2015 dont le but était de maintenir et d'augmenter la réponse nationale au VIH afin d'empêcher une flambée de l'épidémie et d'améliorer la qualité de vie des PVVIH. L'approche de ce programme était multisectorielle et participative afin de prendre en compte tous les aspects du problème tout en respectant les droits de l'Homme (38). Le programme « Prévention et contrôle du VIH/sida » est mis en œuvre depuis 2004 grâce à la subvention du Fonds mondial et vise notamment l'augmentation de la couverture des services de prévention ciblant les populations vulnérables (PID, travailleur-ses du sexe, communauté Rom, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et prisonniers), principalement via les programmes des organisations de la société civile (38).

b. Culture et législation

Le fait que la consommation de drogues soit criminalisée en Bulgarie constitue une barrière légale à l'accès aux activités de prévention, traitement et soins des PID. En 2004, le Code pénal a été amendé pour retirer la clause exonérant les consommateurs de drogues en possession d'une quantité

suggérant un usage personnel. En 2006, un nouvel amendement a été adopté réduisant les sanctions pour la possession de drogues et différenciant les substances à risque élevé et à risque modéré. La consommation est considérée comme un délit administratif et peut être pénalisée par une amende de 2000 à 5000 levs tandis que la possession de substances à risque modéré est punie par un emprisonnement de un à cinq ans, et jusqu'à six ans pour les substances à risque élevé (41). En juin 2014, un projet de loi visant à modifier le Code pénal avait pour objectif le remplacement des amendes pour la possession de petites quantités par l'emprisonnement. Cependant, ce projet n'a pas été adopté par le Parlement (34). Cette tendance à l'élargissement de la criminalisation de la consommation des drogues est un élément de contexte défavorable au financement des activités de réduction des risques à prendre en compte et à surveiller. Anna Lyubenova explique en outre que les décisions prises dans le domaine de la lutte contre les drogues ne sont pas coordonnées avec celles prises dans le domaine de la lutte contre le VIH. De fait, l'accès aux services de réduction des risques et au traitement du VIH est entravé par la loi.

c. Etat du secteur de la société civile

En 2012 et 2013, plus de 50 ONG fournissaient des services de prévention, soin et soutien pour le VIH aux populations vulnérables, dont 10 ONG pour les PID, 9 ONG pour les travailleur-ses du sexe, 10 ONG pour les communautés Rom, 5 ONG pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 19 ONG pour les jeunes à risque et 4 ONG pour les PVVIH) (38).

Les premiers programmes de réduction des risques sont nés à la fin des années 1990 à Sofia et couvrent en 2013 dix villes dans le pays (34). Les ONG travaillant avec les PID fournissent un éventail de services de réduction des risques, notamment les programmes d'échange d'aiguilles, la distribution de préservatifs, le dépistage du VIH et des hépatites B et C et des services psychologiques (34). Le traitement de substitution aux opiacées est seulement disponible dans les centres de santé, les hôpitaux et dans les centres médicaux.

d. Financement de la réponse VIH

Selon la Banque mondiale, en 2014, le pourcentage des dépenses gouvernementales dans la santé s'élevait à 11%, chiffre presque inchangé depuis 2010 et les dépenses en santé représentaient 8,4% du PNB, soit 1% de plus qu'en 2010.

Entre 1998 et 2003, les activités de réduction des risques étaient principalement financées par l'Open Society Foundations (34). Depuis 2003, le Fonds mondial finance presque entièrement ces

activités et a déboursé quelques 48 millions de dollars pour la prévention et le traitement du VIH en Bulgarie. Le gouvernement estime qu'entre 2011 et 2013, le Fonds a financé 14 des 36 millions de dollars dépensés pour le VIH (34) – soit un peu plus du tiers. Grâce à ce financement, le pourcentage de personnes s'injectant des drogues indiquant s'être fait dépister pour le VIH et connaissant le résultat est passé de 17% à 62% entre 2004 et 2012. Les pratiques d'injection sécurisées et l'utilisation des préservatifs ont aussi augmenté, respectivement de 17 à 76% et de 40 à 48% chez cette même population (34). Pourtant, malgré ces progrès considérables, les PID restent aujourd'hui la population la plus vulnérable en termes d'infection au VIH et la prévalence de l'épidémie est en augmentation.

La Bulgarie finance environ 73% de sa réponse au VIH, couvrant les coûts des activités de dépistage et du traitement (34). Alors qu'il finance partiellement les programmes de traitement de substitution aux opiacées, les programmes d'échange de seringues sont complètement financés par le Fonds mondial (34). Les autorités municipales contribuent quant à elles très peu au coût des programmes de réduction des risques car elles sont très réticentes à décaisser des fonds pour l'achat d'aiguilles et de préservatifs (34). La Bulgarie est donc toujours dépendante du Fonds mondial pour la mise en œuvre et le maintien des activités de prévention, dont celles pour les populations vulnérables. Cela s'est particulièrement ressenti en 2012, lorsque le nombre de personnes atteintes par les services a brusquement chuté suite à la baisse significative du financement – le nombre annuel de personnes s'injectant des drogues atteints par les programmes de prévention contre le VIH mis en œuvre par les ONG a diminué de 8090 à 7326 entre 2010 et 2013 (34) - soit presque 10%. Le gouvernement devait fournir un supplément mais l'argent n'a jamais été décaissé, poussant les ONG à travailler avec moins de financement chaque année et occasionnant la réduction des programmes en termes de capacité et de clients reçus[7]. Forte de cette première expérience de réduction du financement externe, Anna Lyubenova est pessimiste sur l'avenir des programmes de réduction des risques et parle même de catastrophe après le mois de septembre si le gouvernement ne reprend pas en charge ces financements.

3. Le processus de transition

a. Contexte de la transition

La Bulgarie est éligible au financement du Fonds mondial depuis 2004 et a depuis bénéficié de deux cycles, le premier de cinq ans s'étendait de 2004 à 2008. Alors que les ONG et le gouvernement s'attendaient à un retrait du Fonds mondial, le financement a été renouvelé pour six années

[7] Entretien avec Anna Lyubenova

supplémentaires de 2009 à 2014, figurant alors un processus de transition marqué par la confusion dans les années à suivre. En 2014, le Fonds mondial a annoncé la fin de l'éligibilité de la Bulgarie et donc son retrait prochain du pays pour la subvention dédiée à la lutte contre le VIH.

Le pays était toujours techniquement éligible au financement sous la règle des ONG permettant à ces organisations de faire une demande de subvention au Fonds mondial si elles font face à des barrières politiques pour assurer les services de lutte contre l'épidémie, et notamment les activités de prévention. Suite au 31ème Conseil d'administration en mars 2014, le Fonds mondial décida qu'il n'existait pas assez d'éléments prouvant ces barrières politiques et que la Bulgarie ne serait éligible à aucun type de financement pour la période 2014-2016 (34). Face à cette annonce, le gouvernement a demandé une extension sans frais (*no-cost extension*) de sa subvention pour la prévention et le contrôle du VIH afin d'avoir plus de temps pour mobiliser d'autres sources de financement (34).

Pendant cette période, la société civile s'est fortement mobilisée afin de mettre la question du retrait du Fonds mondial à l'agenda politique. Un groupe d'une trentaine d'ONG, dont *Initiative for Health Foundation* était l'un des leaders, a fait du plaidoyer pour alerter l'opinion publique et faire pression sur le gouvernement, notamment sur l'augmentation des allocations budgétaires aux activités de prévention contre le VIH (34). Ce plaidoyer a permis d'informer les parlementaires du retrait imminent des financements du Fonds mondial et cinquante députés provenant de différents partis ont apporté leur soutien au manifeste commun des organisations, appelant d'urgence le gouvernement à financer les activités de lutte contre le VIH et à maintenir les services actuellement fournis (34).

Cependant, début décembre 2014, alors que ces efforts de plaidoyer avaient commencé à mobiliser le niveau politique, le gouvernement annonça que le Fonds mondial avait accepté de prolonger le financement pour un an supplémentaire, sous forme d'extension sans frais, grâce à l'argent économisé sur la dernière période de subvention. Alors que la question de la transition aux ressources nationales a été éludée pendant toute l'année de reconduction de la subvention, les ONG se sont à nouveau préparées à faire du plaidoyer au niveau national dès la fin de l'année 2015. Cependant, en décembre, le Fonds mondial a annoncé une nouvelle extension de neuf mois – qui prendra fin en septembre 2016 – avec les dernières réserves. La question de la transition aux ressources nationales a donc été reportée trois fois. Le facteur de l'instabilité politique s'ajoute au caractère confus de ce processus de retrait puisque pendant cette période, les ministres de la santé se sont succédé, au gré des changements de gouvernement. Pour Anna Lyubenova, même s'il y avait eu une forme de préparation de la part du gouvernement, les processus étaient trop interrompus pour qu'ils aboutissent à un réel plan de transition.

Les efforts de la société civile se sont taris après décembre 2015, d'une part parce qu'il était devenu difficile de capter l'attention des médias et des parlementaires alors que le gouvernement répondait systématiquement au problème par l'annonce d'un renouvellement des financements et d'autre part car l'énergie des ONG et leur motivation a diminué petit à petit devant le manque de réponse et l'incertitude de leur futur[8].

b. Planification de la transition

A cause de ce processus chaotique, la transition n'a pas été planifiée adéquatement en Bulgarie, et il n'existe aucun engagement écrit ou de financement garanti de la part du gouvernement ou d'autres donateurs de continuer spécifiquement à financer les services de réduction des risques (34). Le processus de transition n'a inclus la société civile ni dans les négociations avec le Fonds mondial, ni dans les discussions avec le Ministère de la santé[9]. Anna Lyubenova ajoute d'ailleurs que l'ICN n'a pas été incluse non plus, et que, même si elle restera probablement en place après le départ du Fonds mondial, c'est un organe avec peu de pouvoir politique dont le travail est majoritairement formel.

Le Fonds mondial impose une obligation de financement de contrepartie de 60% à la Bulgarie, en tant que pays à revenu intermédiaire supérieur – c'est-à-dire que 60% des activités de lutte contre le VIH doit être financées par le budget national. La Bulgarie remplit – et dépasse – déjà cette obligation grâce aux contributions gouvernementales ciblées pour les activités de dépistage et le traitement du VIH. Cependant, le Fonds mondial n'a pas discuté du financement affecté aux activités de prévention avec le gouvernement. En 2015, le Ministère de la santé prévoyait d'allouer 100 000 levs (soit environ 0,06 millions de dollars) à ces activités – soit bien moins que les 3,2 millions de dollars alloués par le Fonds mondial en 2014 (34). L'incitation au financement, bien qu'étant un outil pertinent pour motiver l'augmentation de la prise en charge nationale du financement des épidémies, dévoile ici ses limites. Par un manque de critère sur le pourcentage de cofinancement pour chaque activité, il est possible de satisfaire à l'obligation de contrepartie en ne finançant qu'une partie du continuum de soins alors qu'un pan entier, la prévention, et une population entière, les groupes vulnérables, ne sont pas inclus.

Selon Anna Lyubenova, le gouvernement n'a pas montré de réelle volonté ni ne s'est préparé à combler le déficit de financement qui suivrait le retrait du Fonds mondial. Pour elle, il est possible que les deux extensions sans frais soient en partie dues au fait que le Fonds lui-même craignait que la Bulgarie ne devienne une « deuxième Roumanie ou Serbie ».

[8] Entretien avec Anna Lyubenova
[9] Entretien avec Anna Lyubenova

Les ONG offrant actuellement des services de réduction des risques devront donc commencer à chercher leurs propres sources de financement afin de continuer leurs activités. La subvention du Fonds mondial pour la tuberculose court encore jusqu'à la fin du mois de septembre 2018 mais son montant est insuffisant pour que les organisations bénéficiant des deux composantes – VIH et tuberculose – puissent survivre seulement sur la seconde[10]. Selon Anna Lyubenova, il est possible que le gouvernement soit en train de mettre en place des procédures pour que les ONG puissent faire une demande de financement, mais rien n'est annoncé officiellement, et a fortiori ce processus n'est pas prêt à être mis en œuvre dans les semaines à venir. Pour elle, si ce mécanisme est officialisé dans les mois prochains, il sera déjà trop tard pour la plupart des ONG de réduction des risques, qui ne survivront pas jusqu'à mi-2017 une fois le financement du Fonds mondial terminé. En outre, elle ne compte pas sur le financement de l'Union européenne pour permettre aux ONG de combler leur déficit de financement. En effet, les ONG peuvent bénéficier de deux canaux de financement : en envoyant une demande directement à la Commission européenne, la plupart du temps pour des projets internationaux ou des projets de recherche, ou via les fonds structurels dont le gouvernement bulgare bénéficie et qu'il peut redistribuer aux organisations. Alors que les fonds structurels fournissent une meilleure opportunité pour viser les populations vulnérables, ils sont orientés vers d'autres services sociaux en Bulgarie, notamment l'enfance ou le handicap car le VIH/sida est considéré comme une problématique médicale et non sociale[11]. Enfin, la Bulgarie ne pourra pas sécuriser des fonds de l'Union européenne pour ces programmes pour les cinq prochaines années car le programme VIH actuel touche à sa fin, et la réduction des risques n'a été mentionnée explicitement dans aucune stratégie des autres secteurs (34).

Pour l'étude menée par *Eurasian Harm Reduction Network*, le manque de financement pour les activités de réduction des risques est la plus grande menace à la durabilité des programmes et de la réponse à l'épidémie du VIH. Ce sujet n'est pas une priorité politique, notamment à cause de la faible prévalence au niveau de la population générale et manque de champions politiques. De plus, les ONG travaillant avec les populations vulnérables, et notamment les personnes s'injectant de la drogue, ont peu d'influence au niveau politique à cause de la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontés ces populations (34). Plus préoccupant encore, la criminalisation de la consommation de drogues est une barrière à la mise en œuvre des programmes de réduction des risques car les PID refusent de donner leur matériel d'injection aux travailleurs communautaires de peur qu'il soit utilisé comme une preuve de consommation de drogues (34).

[10] Entretien avec Anna Lyubenova
[11] Entretien avec Anna Lyubenova

Il y a toutefois un espoir reposant dans le Programme national pour la prévention et le contrôle du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles 2016-2020. La préparation de cette nouvelle stratégie a commencé au milieu de l'année 2015 pour un lancement initialement prévu en 2016 mais le processus a été prolongé plusieurs fois. Selon Anna Lyubenova, elle devrait être adoptée en septembre. Cependant, elle s'inquiète du financement fourni pour la mettre en place car même si elle a un budget chiffré et que le Conseil des ministres approuve la stratégie, rien ne garantit que les fonds soient effectivement décaissés. Elle est néanmoins porteuse d'espoir pour les organisations de société civile puisqu'elle pourra être utilisée pour faire du plaidoyer auprès du Parlement et du Ministère des finances pour demander des financements. De plus, les ONG ont été incluses dans les groupes de travail pour la rédaction de ce programme, permettant de faire en sorte que les populations vulnérables soient adéquatement prises en compte. Pour Anna Lyubenova, les services prévus pour ces populations sont pertinents et Initiative for Health Foundation est satisfaite par cette stratégie.

4. Conclusion

La confusion qui a marqué le retrait du Fonds mondial de la Bulgarie a eu des effets négatifs non seulement sur la mobilisation de la société civile, mais également sur la préparation du gouvernement et a ainsi empêché qu'un réel processus de transition ne s'enclenche. L'incertitude sur la date finale du retrait des financements du Fonds mondial a ainsi permis au gouvernement, faisant alors l'expérience d'une période d'instabilité politique, de retarder jusqu'au dernier moment l'élaboration d'une stratégie de financement incluant les programmes de réduction des risques. La temporalité est loin d'être suffisante, l'absence d'un plan de transition et le manque d'inclusion de la société civile n'augurent pas une réussite du processus. Le gouvernement n'a jusqu'alors pas montré de réel engagement politique pour prendre en charge les activités ciblant les PID et leur financement. De plus, il n'existe pas de mécanisme de contrat social avec l'Etat permettant aux ONG d'assurer la continuité de leurs services, une fois que leur principale source de financement disparaîtra. La criminalisation de la drogue s'ajoute à ces facteurs en créant une barrière supplémentaire à l'accès aux services de prévention pour les PID. L'impact du retrait du Fonds mondial sur les populations vulnérables, ici les personnes s'injectant des drogues, risque donc d'être considérable et d'entraîner une recrudescence de l'épidémie parmi ces groupes, mettant ainsi en danger la durabilité de la réponse nationale.

Chapitre 2
Une transition choisie par le pays : l'exemple de la sortie de la Thaïlande du soutien du Fonds mondial

Lorsqu'elle a soumis sa note conceptuelle pour le VIH et la tuberculose en juin 2014, la Thaïlande a annoncé que ce serait la dernière période durant laquelle elle recevrait le soutien du Fonds mondial. Cette situation était inédite puisque le pays a volontairement choisi de ne plus demander de soutien au Fonds mondial avant que celui-ci ne le classifie comme inéligible. Alors que la Thaïlande est érigée comme l'exemple à suivre et le bon élève de la transition par le Fonds mondial, d'autres observateurs sont plus inquiets, notamment concernant la prise en charge nationale des programmes ciblant les populations vulnérables. Les informations utilisées pour rédiger cette étude de cas sont en majorité tirées de la note conceptuelle de la Thaïlande au Fonds mondial de 2014 et les informations recueillies lors d'un entretien avec Shreehari Acharya, qui travaille à la Raks Thai Foundation.

1. Contexte de la Thaïlande

a. Contextes politique et épidémiologique

Le pays fait face à la quatrième épidémie de VIH dans la région Asie-Pacifique et est l'un des vingt-deux pays à haute charge de morbidité pour la tuberculose selon l'OMS (42).

L'épidémie du VIH est en déclin depuis 1992 et est principalement concentrée chez les populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleur-ses du sexe, les personnes transgenres, les personnes s'injectant des drogues, les travailleurs migrants et les prisonniers (42). Le taux de prévalence chez la population adulte est estimé à 1,1% (42). Les modes de transmission principaux sont les rapports sexuels non protégés (90%) – principalement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les travailleur-ses du sexe et leurs clients, et chez les couples sérodiscordants – et l'usage à risque de matériel d'injection de drogues (42).

Les taux de prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transgenres et les travailleurs du sexe restent hauts, entre 10 et 17% chez les personnes transgenres (42) et 12,2% en 2012 chez les travailleurs du sexe (42). Les taux d'utilisation des services de prévention, d'accompagnement et de dépistage sont insuffisants, notamment à cause de la peur de la stigmatisation et de l'exclusion mais aussi à cause de la disponibilité limitée des services adaptés aux besoins spécifiques de ces populations (42). La prévalence du VIH est plus basse chez les travailleuses

du sexe travaillant depuis un endroit particulier (2,2% en 2012 (42)) que chez celles pour qui ce n'est pas le cas (par exemple celles qui cherchent les clients dans les espaces publics ou via des moyens virtuels) car ces dernières sont des groupes plus difficiles à atteindre (42). Malgré le fait que le nombre de nouvelles infections chez les PID se soit stabilisé, elles représentent néanmoins une proportion grandissante des nouvelles infections au fil du temps (42), ce qui illustre la vulnérabilité de ce groupe. Le taux de prévalence est haut chez cette population puisqu'il s'élevait à 25,2% en 2012 (42).

Certains comportements à risque sont également observés chez les populations de migrants, notamment les pêcheurs et les travailleurs de l'industrie de transformation des produits de la mer, alors même que c'est un groupe qui n'a pas accès à la couverture sanitaire universelle et dont les salaires sont bas, ce qui restreint sa capacité à pouvoir avoir accès aux soins (42). En outre, malgré l'absence de surveillance de l'épidémie dans les populations incarcérées, la Thaïlande estime que le niveau de prévalence y est plus élevé que chez la population générale (42).

Alors que la couverture des services de prévention n'est pas suffisante, la couverture du traitement antirétroviral est haute (80%), bien que le commencement du traitement soit tardif (42). En outre, les liens entre le diagnostic, le traitement et le soin sont insuffisants, surtout lors du passage entre le continuum de prévention et le continuum de soins. Ce phénomène est dû au fait que le personnel de santé a accès à des ressources trop limitées pour effectuer un suivi et un soutien à l'adhésion au traitement appropriés, et que les liens entre le système public de santé et les organisations et programmes communautaires sont insuffisants (42).

L'épidémie de la tuberculose décline également et est principalement concentrée chez les personnes âgées, les prisonniers et les personnes vivant avec le VIH. Ce déclin est principalement permis par les améliorations dans le contrôle de l'épidémie et dans la qualité des services de soin, la croissance économique, l'impact de l'assurance santé sur l'accès aux soins et le déclin de l'épidémie VIH (42). La détection des cas est cependant insuffisante puisque le pays estime qu'environ 19 000 cas ne sont pas dépistés chaque année (42). La transmission de la forme résistante aux médicaments est relativement limitée puisque sa prévalence est de 1,89% dans les nouveaux cas détectés sans antécédents de traitements, et de 18,9% dans les cas de retraitement (42). Le diagnostic et le traitement de la forme multi-résistante aux médicaments de la tuberculose sont disponibles pour tous les Thaïlandais et les migrants bénéficiant d'une assurance via le système de couverture sanitaire universelle.

Les populations clés dans le cas de la tuberculose sont principalement les prisonniers. En effet, le système carcéral du pays souffre fréquemment de surpopulation et une proportion significative des prisonniers ont des antécédents de consommation de substances, rendant le problème de la co-

infection au VIH courant (42). De plus, la couverture médicale n'est disponible que pour les personnes assurées quand un sixième de la population carcérale ne l'est pas, et le diagnostic et le traitement sont souvent retardés (42). Les migrants sont également une population particulièrement vulnérable, notamment du fait que moins de la moitié de ceux qui sont éligibles au système d'assurance santé pour les migrants ou au système de sécurité sociale en a fait la demande et bénéficie donc de ses avantages en terme de diagnostic et traitement (42). Les barrières financières et linguistiques, la peur de perdre son emploi ou d'interagir avec le Ministère du travail, la police ou les services d'immigration sont aussi des obstacles à l'accès aux services de diagnostic et de traitement. Enfin la continuité du traitement a plus de chance d'être interrompue dans la population des migrants du fait de leurs nombreux allers-retours entre la Thaïlande et leur pays d'origine, augmentant alors le risque de développer une forme de tuberculose résistante aux médicaments (42).

La co-infection au VIH et à la tuberculose se produit majoritairement chez les personnes vivant avec le VIH qui accèdent au diagnostic et au traitement très tard. Le taux de co-infection est estimé à 13% en 2013 et le taux de mortalité chez les personnes co-infectées s'élève à 13%, soit deux fois plus que les personnes infectées par la tuberculose seule (42). Les services VIH-tuberculose sont fournis de manière intégrée, les patients n'ayant pas besoin de se déplacer dans différents centres pour accéder aux différents services. Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec l'une des épidémies, le dépistage de la co-infection est une procédure de routine (42).

Dans sa note conceptuelle, la Thaïlande explique qu'elle a entrepris un changement de paradigme en passant du contrôle des deux épidémies à leur éradication dans le pays. Cette volonté se reflète dans l'adoption de stratégies nationales de lutte contre le VIH et la tuberculose dont le but est de fournir un accès équitable à des services de qualité à tous les Thaïlandais et non-Thaïlandais en se basant sur les principes des droits de l'homme et de l'égalité des genres, de l'appropriation nationale, du partenariat entre le gouvernement, la société civile, les communautés et le secteur privé et sur la participation des populations clés (42). La Thaïlande évolue également vers une approche « trois zéros » : zéro décès, zéro maladie non traitée et zéro souffrance physique et économique due à la tuberculose. Le pays s'est fixé des objectifs ciblés en termes de lutte contre ces épidémies : réduction de la prévalence de la tuberculose de 25% d'ici 2019 par rapport à 2012, réduction de la mortalité liée à la tuberculose de 50% d'ici 2019 par rapport à 2012, réduction du nombre annuel des nouvelles infections à VIH à moins de 1000 d'ici 2030 et réduction du nombre de décès liés au VIH/sida de 50% d'ici 2016 par rapport à 2010 (42).

b. Culture et législation

Certaines barrières légales empêchent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins pour certaines populations clés, dont les personnes s'injectant des drogues, les travailleurs migrants sans papiers et les prisonniers (42). De plus, la stigmatisation internalisée et l'auto-stigmatisation associées au VIH et à la tuberculose entravent également l'accès aux services sanitaires et sociaux pour les populations les plus à risque (42).

La loi ne reconnaît que partiellement la toxicomanie comme étant une maladie nécessitant de recevoir un traitement (42). La consommation de drogues est une infraction pénale et l'Etat fournit un traitement obligatoire via un réseau de centres de traitement (42). Cette législation représente une barrière à la fois à la demande mais aussi à l'offre puisque la peur d'être incarcéré empêche les PID d'accéder aux services et la peur d'être arrêté pour distribution de matériel d'injection affecte la sécurité du personnel des programmes (42).

Alors que l'homosexualité n'est pas criminalisée, la loi n'interdit pas explicitement les formes de discrimination fondées sur l'orientation et l'identité sexuelles (42).

La discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des patients atteints de la tuberculose est encore aujourd'hui un problème récurrent dans le système de soin et dans les communautés. Le personnel de santé fait toujours preuve d'une attitude discriminante envers les populations vulnérables, notamment les consommateurs de drogues et les travailleur-ses du sexe. Ces attitudes nourrissent le manque de confiance de ces populations dans le personnel de santé, notamment en terme de confidentialité, et réduit donc la demande pour les dépistages ce qui retarde le début des traitements (42).

Le système sanitaire thaïlandais comprend trois systèmes d'assurance couvrant 99% de la population thaïlandaise et permettant un accès complet au diagnostic et au traitement pour plusieurs pathologies, dont le VIH et la tuberculose (42). La Couverture universelle, créée en 2001 et couvrant 70% de la population, fournit gratuitement à tous les citoyens thaïlandais, y compris les consommateurs de substances, deux tests de dépistage VIH, les traitements antirétroviraux de première et seconde ligne et les traitements pour l'hépatite C. Le système de sécurité sociale pour les fonctionnaires et le système de sécurité sociale sont financés par les employés, les employeurs et le gouvernement et couvrent le reste de la population. La thérapie de maintien à la méthadone est également disponible via la Couverture universelle depuis 2008 et gratuitement via le système de sécurité social depuis 2014. Depuis 2013, suite à la mise en œuvre de l'*Order of National Command Centre for Combating Drugs n° 1/2557*, un ensemble de mesures de réduction des risques offrant des

services de réhabilitation et de réintégration est fourni à titre d'essai dans 19 provinces. En août 2013, le Ministère de la santé publique a annoncé une nouvelle politique d'extension de la couverture de l'assurance santé pour tous les migrants, indépendamment de l'âge ou du statut d'enregistrement (42). Le programme de réforme de la santé est principalement centré sur la décentralisation et la réduction de la fragmentation, assurant ainsi le bon développement des capacités des ressources humaines en santé (42).

c. Etat de la société civile

La Thaïlande possède une longue tradition d'engagement de la société civile dans les problématiques du VIH, et plusieurs groupes travaillent sur la fourniture des services, l'accès au traitement et l'amélioration des contextes politique et légal pour les activités de prévention et le soin (42).

d. Financement de la réponse au VIH et à la tuberculose

Le système de santé thaïlandais est financé en majeure partie par les ressources nationales. Le gouvernement finance les trois-quarts des dépenses en santé, et les 25% derniers pourcents sont financés par des ressources privées, dont la moitié par le patient (42). La dépendance au financement des donateurs extérieurs est donc limitée.

Environ 90% (89% en 2013 (42)) de la réponse nationale au VIH et à la tuberculose provient de ressources nationales mais la proportion élevée du financement international dans les programmes de prévention du VIH rend cet aspect de la réponse moins durable (42). En effet, bien que la part nationale du financement de la prévention ait légèrement augmenté, en passant de 13% en 2011 à 17% en 2013 (42), elle est toujours largement dépendante du financement des donateurs. De plus, la note conceptuelle souligne le fait que les investissements dans les interventions spécifiques aux populations clés sont à un niveau très bas. Sur le budget total de prévention pour les populations clés, 14% est financé par les ressources nationales contre 86% par des ressources externes, majoritairement le Fonds mondial et le gouvernement américain (42). Dans le cas de la tuberculose, la note conceptuelle manque de données chiffrées mais identifie que la proportion du financement externe des programmes, hors Fonds mondial, est négligeable (42).

2. Le processus de transition

a. Contexte de la transition

Dans sa note conceptuelle de 2014, La Thaïlande a fait la demande d'un financement pour la période couvrant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016, soit un an de moins qu'une période d'allocation standard. Selon plusieurs sources, la raison de cette réduction de la période de subvention réside dans le fait que la subvention allouée par le Fonds mondial était jugée insuffisante pour s'étendre sur une période de trois ans de manière efficace[12]. Alors que le Fonds mondial a conseillé au pays de conserver la période de trois ans, la Thaïlande a refusé car il était important de diminuer la dépendance du pays à ces fonds (43). Cette allocation est décrite comme un soutien à court-terme aux approches innovantes qui faciliteront la transition en permettant au pays de maintenir et augmenter les progrès sanitaires tout en se concentrant sur la mobilisation de financements nationaux diversifiés pour les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose (42). La note conceptuelle précise que les ressources du Fonds mondial devront permettre de soutenir la prestation de services de qualité adaptés aux besoins des populations les plus à risque et les plus affectées par les épidémies ; de faciliter l'élimination des barrières légales, la réduction de la stigmatisation et l'habilitation des communautés à faire valoir et protéger leurs droits ; de renforcer les systèmes de santé et les systèmes communautaires ; de soutenir l'intégration des services pour le VIH et la tuberculose ; et de fournir une opportunité pour la mobilisation de ressources nationales diversifiées (42).

Suite à la demande de la société civile, le Fonds mondial a accepté de fournir une extension sans frais d'une année – jusqu'à décembre 2017 – aux deux récipiendaires principaux : le gouvernement et le représentant de la société civile[13].

La Thaïlande est acclamée par le Fonds mondial comme un exemple des bonnes pratiques d'une transition bien planifiée et bien gérée. Le Groupe d'évaluation technique (*Technical Review Panel*) du Fonds mondial favorise l'approche de la Thaïlande de la transition et décrit sa stratégie de sortie comme raisonnée et bien définie, en encourageant les autres pays à s'en inspirer (43). Pourtant, le processus de planification ne rassure pas toutes les parties prenantes et certaines sont particulièrement inquiètes des effets de la transition sur les populations vulnérables, notamment la société civile.

[12] Entretien avec Shreehari Acharya
[13] Entretien avec Shreehari Acharya

b. Planification de la transition

Pour l'instant, le plan de transition est toujours en discussion mais la note conceptuelle permet déjà de comprendre quels sont les grandes lignes du processus de transition.

La note conceptuelle explicite que la subvention du Fonds mondial est concentrée sur l'action pour les populations vulnérables, et notamment les personnes transgenres, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleur-ses du sexe, et les partenaires sexuels dans les couples sérodiscordants. Le gouvernement cofinancera les dépenses en produits de base, infrastructure et ressources humaines afin de faciliter la transition du financement par les ressources nationales. 50% des préservatifs et des seringues seront fournies par des ressources nationales, ainsi que la majorité des coûts de diagnostic et de traitement. En 2016, la deuxième année de la subvention, 40% des coûts des produits seront couverts par la subvention du Fonds mondial alors que les ressources nationales seront mobilisées pour les activités de prévention avec toutes les populations clés (42). L'ICN souligne que la note conceptuelle ne se concentre pas seulement sur les investissements stratégiques pour garantir les interventions rentables de prévention et de traitement pour les populations clés mais qu'elle priorise également le renforcement des capacités des communauté afin de permettre une prestation des services efficace et d'améliorer les liens et les mécanismes de transfert entre les acteurs de la santé (42). La Thaïlande demande donc des fonds pour financer les activités de renforcement des systèmes et le développement des ressources humaines communautaires pour les activités visant à « recruter » et « conserver » les patients dans le continuum prévention-traitement-soin-soutien car le financement national de ces programmes est insuffisant (42). Le gouvernement devrait allouer 200 000 bahts à la société civile pour la prévention du VIH ainsi qu'augmenter les ressources dédiées au traitement. Pour les organisations de la société civile, ce montant est loin d'être suffisant et elles s'attendent à un déficit de ressources énorme[14].

La note conceptuelle précise également que l'ICN souhaite utiliser cette fenêtre de subvention afin de garantir un processus de transition inclusif et participatif (42). Cependant, selon Shreehari Acharya de la Raks Thai Foundation, l'ICN est majoritairement composé de représentants du gouvernement et la société civile y est peu représentée. Elle a donc du mal à faire entendre sa voix, notamment quant à ses inquiétudes sur le niveau de préparation du pays à sortir du soutien du Fonds mondial, qu'elle considère insuffisant. De même, sa proposition de construire des services communautaires pour prendre en charge le dépistage des populations marginalisées pour le VIH, la tuberculose et le paludisme par des agents certifiés par le gouvernement qui les référeront ensuite au système

[14] Entretien avec Shreehari Acharya

gouvernemental de traitement n'est pas entendue par le gouvernement[15]. La société civile a été très peu consultée lors du processus de rédaction du plan de transition par le gouvernement. Elle a été invitée à certaines réunions afin de lire la première ébauche et de l'approuver. Face à cette situation, les organisations de la société civile ont demandé à avoir l'opportunité de commenter cette version mais ont reçu trop peu de temps et d'informations pour le faire de manière appropriée et pertinente[16]. Le rôle de la société civile et la manière dont le gouvernement collaborera avec elle n'est pas défini clairement, ce qui pose problème pour la couverture des populations vulnérables, et notamment les populations mobiles et migrantes sans documents, les PID et les populations marginalisées.

Les organisations de société civile sont donc très inquiètes quant aux conséquences de la transition sur les populations vulnérables, et surtout sur les populations mobiles et migrantes, alors que la Thaïlande en accueille plus de trois millions. Elles doutent par exemple que les centres fournissant des services pour le paludisme ouverts grâce au soutien du Fonds mondial et qui ciblent ces groupes soient repris en charge par le gouvernement. Il en va de même pour les programmes de VIH : le traitement antirétroviral des travailleurs migrants pris en charge par le Fonds mondial est mis en danger, et la gestion des nouveaux cas par le gouvernement reste incertaine[17]. Bien que le gouvernement ait une stratégie officielle déclarant que le pays fournira des services pour les populations migrantes et mobiles, il n'a toujours pas explicité en détails comment il comptait assurer leur continuité. De plus, la mise en œuvre des programmes reste problématique puisque pour le moment, seuls les individus possédant les documents nécessaires ont accès aux services gouvernementaux. La plupart n'est pas éligible à recevoir un traitement ou d'autres services couverts par l'assurance maladie[18]. Pour Shreehari Acharya, il y a donc une volonté politique officielle, mais celle-ci n'est pas suffisante et ne se traduit pas en mesures concrètes. Cette incertitude quant à la prise en charge effective des populations mobiles et migrantes est d'autant plus alarmante qu'il n'existe pas pour le moment de mécanisme de contrat social entre l'Etat et les ONG. Il existe un mécanisme d'accréditation des organisations de société civile par lequel elles peuvent être accréditées par un organe du gouvernement afin d'être éligible à postuler aux subventions du gouvernement ou aux subventions nécessitant l'approbation du gouvernement. Cependant, ce mécanisme se concentre majoritairement sur le renforcement des capacités des ONG afin qu'elles puissent trouver d'autres ressources provenant du secteur privé ou d'autres donateurs[19].

[15] Entretien avec Shreehari Acharya
[16] Entretien avec Shreehari Acharya
[17] Entretien avec Shreehari Acharya
[18] Entretien avec Shreehari Acharya
[19] Entretien avec Shreehari Acharya

Cependant, la société civile est plus optimiste quant à la prise en charge par le gouvernement des nationaux et sur la couverture des services pour les populations vulnérables thaïlandaises, dont les PID. En effet, depuis le développement de la note conceptuelle en 2014, la société civile a vu son rôle accru pour la prise en charge des consommateurs de drogues[20].

3. Conclusion

Le processus de transition en Thaïlande laisse donc les observateurs partagés entre ceux qui pensent que le pays doit sortir de sa dépendance vis-à-vis du Fonds mondial et qu'il est prêt à financer l'intégralité de sa réponse nationale aux épidémies, et ceux pour qui le processus aura un impact négatif considérable sur la couverture des populations mobiles et migrantes. Alors que la temporalité était très courte au début du processus, l'extension sans frai d'un an laisse l'opportunité au pays de finir son plan de transition et que les stratégies nationales prometteuses sur l'éradication des épidémies et la prise en charge des populations vulnérables y soit traduites de manière effective. Cependant, plusieurs barrières subsistent à l'accès des populations vulnérables, et notamment des populations mobiles et migrantes, aux services de VIH, tuberculose et paludisme. En effet, les ONG bénéficient de peu de soutien de la part du gouvernement, et le mécanisme d'accréditation, s'il est utile pour la mobilisation de ressources, ne joue pour l'instant pas un rôle de partenariat entre l'Etat et les organisations de la société civile. En outre, l'engagement politique sur la question des populations mobiles et migrantes est insuffisant car les modalités de mise en œuvre des services n'ont pas évolué avec la stratégie officielle qui engage le gouvernement à couvrir ces groupes. Cette étude montre donc que le processus de transition est toutefois mieux engagé qu'en Bulgarie puisque les parties prenantes sont optimistes sur la prise en charge des programmes de prévention, traitement et soins pour toute la population thaïlandaise, y compris ses groupes vulnérables. Pourtant, les inquiétudes quant à la couverture des populations ne doivent pas être négligées et il est crucial que la voix et l'expérience de la société civile sur le sujet soient prises en compte par le gouvernement. Un déficit dans les services visant ces populations risquerait d'annuler les progrès acquis jusqu'alors et une recrudescence des épidémies mettrait en danger la durabilité de la réponse nationale et régionale, du fait du caractère mobile de ces groupes.

[20] Entretien avec Shreehari Acharya

Chapitre 3
Le retrait de Gavi de la République du Congo

Le Congo est l'un des premiers pays à avoir commencé le processus de graduation et de transition de Gavi lorsque l'initiative de santé mondiale a fixé son seuil d'éligibilité en 2011. Cinq ans après, en 2016, le pays est rentré en phase de transition accélérée. Il est donc intéressant de se pencher sur ce cas puisqu'il fait partie des premières expériences de mise en place de la stratégie de Gavi et qu'il a été en défaut de cofinancement entre 2012 et 2015. Les informations réunies pour cette étude de cas viennent majoritairement des documents disponibles publiquement sur le site de Gavi (l'évaluation conjointe de 2015 et le rapport de situation annuel de 2014) et d'un entretien avec Hélène Mambu, qui travaille au *Sabin Vaccine Institute*.

1. Le contexte du Congo

a. Contextes politique et épidémiologique

Selon la Banque mondiale, la République du Congo dispose de nombreux atouts pour bâtir une économie solide et améliorer le niveau de vie de sa population mais ses indicateurs sociaux restent faibles en comparaison à d'autres Etats au profil similaire malgré la croissance économique enregistrée grâce à ses ressources naturelles. Le budget de l'Etat congolais est financé à plus de 86% par la rente pétrolière (44), le rendant extrêmement dépendant de la fluctuation des prix du baril d'une année à l'autre qui peut engendrer, en cas de baisse, des coupes budgétaires. Le pays est également confronté à des taux de pauvreté et de chômage élevés, à de fortes inégalités et à des services publics peu accessibles et peu efficaces.

Le Programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en place en 1981 suite à l'adoption par le Congo en 1979 d'une politique sanitaire accordant la priorité à la médecine préventive et aux soins de santé primaires afin d'assurer l'immunisation universelle des enfants et de réduire l'incidence des maladies ciblées par le PEV (45). Le PEV a engendré une amélioration significative de la couverture vaccinale à partir de 1986 et les progrès acquis ont été maintenus entre 1988 et 1996 malgré la réduction des contributions des partenaires. A la fin des années 1990, les troubles sociopolitiques ont entraîné la destruction des infrastructures sanitaires et, combinés au retrait des donateurs, ont mené à la baisse de la couverture vaccinale (45). Avec le retour de la paix et la mise en œuvre du plan pluriannuel complet (PPAC) 2004-2008, le PEV a de nouveau permis de réaliser d'énormes progrès.

Malgré les progrès économiques qui ont marqué la dernière décennie dans le pays, les indicateurs sociaux sanitaires stagnent à des niveaux faibles et les améliorations sont lentes. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que, malgré l'augmentation des dépenses publiques en santé (de 4,6% en 2009 à 6,5% en 2012 et 9% en 2014 (46)), les performances du fonctionnement des services de santé et de l'offre de soins ne sont pas optimales, notamment pour les paquets de services essentiels, dont la vaccination fait partie (44). Le rapport d'évaluation conjointe du pays effectué par plusieurs parties prenantes dont Gavi et le gouvernement cite les obstacles qui ralentissent cette performance : l'insuffisante des structures de soins fonctionnelles au niveau périphérique, le sous-financement des activités au niveau périphérique, des équipes cadres de districts incomplètes et peu fonctionnelles, diverses contraintes logistiques comme l'absence de véhicules entravant la mise en œuvre des stratégies mobiles et avancées et les supervisions et une faible disponibilité des médicaments et autres produits essentiels dans les districts sanitaires (44). Cette situation est accentuée par l'absence d'un organe efficace de coordination du secteur de la santé et par la faible participation communautaire aux activités de santé et de vaccination (44). D'autres facteurs influencent ce manque de performance. Le Comité de coordination inter-agences (CCIA) présidé par le Ministère de la santé prend en charge le PEV qui, en tant que service de la Direction générale de la population, n'a pas un positionnement hiérarchique en accord avec l'importance qui doit lui être accordée. Du fait de ce faible positionnement et du manque d'implication des Ministères des finances et du plan, de certaines organisations de la société civile et du secteur privé dans le Comité, ce dernier a peu de capacités pour mobiliser des ressources et mettre en œuvre les activités du programme (44). De plus, les programmes sanitaires souffrent d'un manque de personnel qualifié à tous les niveaux et il est difficile de les pérenniser (44). Si la capacité de stockage des vaccins au niveau central est satisfaisante, la chaîne du froid aux niveaux intermédiaire et périphérique nécessite d'être améliorée (44).

L'offre des services de vaccination est relativement bonne. 75% des enfants sont complètement vaccinés, et le taux « zéro dose » est de 1,4%. Le taux de réalisation des stratégies fixes[21] est de 109%, mais la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles sont moins satisfaisantes (respectivement 60 et 16%) (44) à cause de l'insuffisance des financements et des moyens de transport motorisés. Les stratégies de masse comme la semaine de santé mère-enfant ou la Semaine africaine de la vaccination permettent de combler les déficits de ces activités de routine (44).

[21] Les stratégies fixes de vaccination se réfèrent à la prestation régulière de vaccination au sein d'un centre de santé, selon un calendrier hebdomadaire prédéterminé. Les stratégies avancées renvoient aux services de prestation offerts aux personnes n'ayant pas accès à des installations sanitaires ou qui éprouvent des difficultés à y accéder. Les stratégies mobiles désignent des déplacements de plus d'une journée effectués par le personnel de santé de district ou régional dans le but d'offrir des services aux personnes vivant en zone éloignée.

En 2014, la couverture pour le pentavalent 3 est de 86%, 91% pour le BCG, 80% pour le vaccin anti-rougeoleux, 78% pour le vaccin anti-amaril (fièvre jaune), 85% pour la troisième dose du PCV13 (pneumocoque) et 86% pour le VAT 2+ (antitétanique) (44). 80% des districts sanitaires ont atteint une couverture supérieure ou égale à 80% en DTC3. Les objectifs fixés par le PPAC n'ont pas été atteints en 2015 puisque l'objectif pour le pentavalent était fixé à 95%, 90% pour le PCV13 et 93% pour le vaccin anti-amaril. Plusieurs facteurs expliquent cet échec : la faible mise en œuvre des composantes de l'approche « atteindre chaque district », les ruptures récurrentes des vaccins à cause du défaut de cofinancement, la faible mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination auprès des populations bénéficiaires, l'insuffisance des moyens de transport, le faible fonctionnement des districts sanitaires et la faible capacité du CCIA à mobiliser les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre des actions du programme (44).

Aucune disparité en termes de couverture n'est observée selon le sexe, en revanche, elles apparaissent en fonction du milieu géographique et des catégories socioéconomiques (44). Le niveau de couverture vaccinale entre le milieu urbain et le milieu rural est significative (respectivement 80% pour le DTC3 et 59%). Les niveaux diffèrent également selon le niveau d'éducation de la mère puisque la couverture vaccinale des enfants dont les mères ont un niveau d'éducation primaire est de 39,6% contre 51,6% chez les enfants dont les mères ont un niveau secondaire ou plus élevé (44).

Les objectifs 2015-2016 du PEV sont l'augmentation des couvertures vaccinales, le maintien des taux de perte selon les projections, l'introduction du vaccin polio inactivé sur tout le territoire national, le maintien de l'interruption de la circulation du poliovirus sauvage, le maintien du statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'accélération de la mise en œuvre de l'élimination de la rougeole, le contrôle de la fièvre jaune et l'augmentation du financement national de la vaccination suite au retrait de Gavi (47). L'augmentation et la sécurisation du financement des vaccins et de la vaccination fait donc partie des activités prioritaires pour ces années-là.

b. Financement de l'immunisation

Le Congo reçoit le soutien de Gavi depuis 2003 sous la forme de subventions en vaccins nouveaux et sous-utilisés, allocation pour l'introduction de nouveaux vaccins, soutien aux services de vaccination (2003-2004 et 2005-2009), subvention de soutien au plan de transition (2015-2017) et subvention de renforcement des systèmes de santé (2015-2017) (44). Grâce au soutien de Gavi, le Congo a introduit le vaccin contre la fièvre jaune en 2004, le pentavalent en 2009, le PCV13 (pneumocoque) en 2012 et le rotavirus en 2014. Les financements de Gavi à l'appui du PEV se sont inscrits dans le cadre des PPAC successifs dont les principales lignes d'action ont été la pérennisation du financement de la vaccination

et l'intégration de la vaccination dans toutes les formations sanitaires ambulatoires publiques et privées, la poursuite et le renforcement du processus d'intégration des nouveaux vaccins dans le PEV de routine, la mise en œuvre de la stratégie « atteindre chaque district », la remise à niveau et la maintenance de la chaîne du froid sur l'ensemble du territoire et le renforcement de la sécurité des injections (44). D'autres partenaires appuient le financement de la vaccination aux côtés de Gavi. Il s'agit de l'UNICEF, qui soutient l'approvisionnement en vaccins, la gestion de la chaîne du froid, le développement et la mise en œuvre des stratégies de communication ; de l'OMS qui apporte un appui à la planification et à la mise en œuvre des activités du PEV avec un focus sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination ; et de l'ENI Fondation qui a soutenu la mise en œuvre des activités de vaccination dans trois départements (Kouilou, Niari et Cuvette) jusqu'en 2014 puis seulement à Kouilou depuis 2015 (44).

Le Congo finance la vaccination depuis 2004. En 2014, le pays finançait 40,8% de la vaccination, Gavi en finançait 37,5% et les autres partenaires 21,7% (44). La sortie d'éligibilité du Congo au soutien de Gavi en 2011 a entraîné une augmentation rapide et significative de la part de cofinancement de l'Etat qui n'a pas été intégrée dans le budget alloué au PEV (44). Cette situation a donc causé le défaut de cofinancement du pays entre 2012 et 2015 et engendré un faible niveau de stocks des vaccins. En 2014, ont été enregistrées des ruptures d'approvisionnement du vaccin anti-amaril (fièvre jaune) dont l'ampleur a été limitée grâce à l'appui en vaccins des pays voisins, la République démocratique du Congo et le Cameroun (44). Depuis 2015, le pays autofinance complètement ses vaccins contre la fièvre jaune, de pentavalent et contre le pneumocoque et en 2016, il cofinance le vaccin contre le rotavirus introduit en 2015 (46). D'ici 2018, le pays sera tenu d'autofinancer tous les vaccins cofinancés par Gavi (46). Jusqu'à récemment, il n'existait pas de ligne budgétaire spécifique pour l'achat des vaccins (44). En outre, les financements au niveau périphérique pour la mise en œuvre des activités de vaccination sont peu disponibles (44).

2. Le processus de transition

a. Contexte de la transition

Lorsque Gavi met en place sa politique d'éligibilité en 2011, le Congo et l'Angola sont les premiers pays africains à atteindre le niveau de RNB signifiant une entrée dans le processus de transition. Dès novembre 2011, Gavi demande au *Sabin Vaccine Institute* de couvrir le Congo avec son programme de plaidoyer sur le financement durable de la vaccination avec des ressources nationales dans le but

d'aider le pays à préparer sa sortie d'éligibilité du soutien de Gavi[22]. Début 2012, les missions conjointes entre Gavi, l'UNICEF, l'OMS et l'institut Sabin commencent pour préparer le pays.

b. Planification de la transition

En 2012, l'institut Sabin a initié un projet de loi sur la vaccination avec un chapitre centré sur son financement. Lors d'un atelier organisé en novembre 2012 à Kinshasa sur la vaccination des pays francophones, il est apparu que ce projet de loi était le meilleur et le plus abouti, notamment la partie concernant la responsabilité partagée[23]. Sabin et ses partenaires nationaux avaient sensibilisé plusieurs parlementaires qui étaient prêts à voter en faveur et à défendre le financement de la vaccination. Pourtant, le projet n'a pas abouti car le nouveau Ministre de la santé arrivé en 2013 préférait proposer une loi-cadre sur la santé en général[24].

En 2014, lors d'une réunion conjointe entre l'OMS, l'UNICEF, Gavi, l'institut Sabin et le gouvernement, les partenaires ont proposé au Ministère des finances de créer un compte d'affectation spécial pour le financement de la vaccination nourri par une taxe sur les billets d'avion. Selon le calendrier de mise en œuvre du plan de sortie d'éligibilité, ce compte doit être créé au dernier trimestre de 2016 (44). Ce projet montre la volonté du pays d'augmenter ses capacités de mobilisation de ressources additionnelles pour la vaccination.

En janvier 2015, le plan de sortie d'éligibilité à Gavi du Congo a été validé par le CCIA et transmis à Gavi. En août 2015, lors de la publication de l'évaluation conjointe, le plan de transition n'avait toujours pas été mis en œuvre, notamment à cause du retard de son financement dû à plusieurs allers-retours de validation entre le Secrétariat de Gavi, ses entités légales et financières et l'OMS (44). En outre, aucune entité au sein du Ministère de la santé n'a été identifiée pour mettre en œuvre le plan de transition ce qui empêche la mise en œuvre et le suivi au niveau national. Enfin, le plan s'est reposé sur le PEV plutôt que sur le Cabinet du Ministère de la santé, niveau de responsabilité trop bas (44).

Lors du vote du budget pour 2016, qui s'est tenu à la fin de l'année 2015, le Congo avait prévu suffisamment de ressources pour financer la vaccination de routine et les nouveaux vaccins, dont l'achat via UNICEF et pour payer le retard de cofinancement sur les années 2014-2015[25]. Cela a été rendu possible par la création d'une ligne d'achat des vaccins qui a été ajoutée au budget « investissement ». Ce choix est très important puisqu'il est la preuve de la volonté du pays

[22] Entretien avec Hélène Mambu
[23] Entretien avec Hélène Mambu
[24] Entretien avec Hélène Mambu
[25] Entretien avec Hélène Mambu

d'augmenter le niveau de priorisation de la vaccination. En la considérant comme un investissement, le gouvernement prouve qu'il reconnaît son rôle dans le développement du pays et de la population. Pour Hélène Mambu, cette budgétisation montre que l'élan a été pris au niveau du gouvernement afin de s'assurer que le retrait de Gavi ne soit pas accompagné d'un recul de la couverture. Cependant, il convient de suivre ce processus car le Ministre du plan a changé récemment, alors qu'il était instrumental dans la spécification de la ligne budgétaire et des montants alloués.

L'institut Sabin, aux côtés de Gavi, a également entrepris plusieurs autres types d'action de soutien. Il est possible qu'un atelier ait lieu courant septembre incluant les directeurs départementaux afin de les sensibiliser à la nécessité de prévoir un financement pour le coût opérationnel de la vaccination aux niveaux intermédiaire et périphérique[26]. Cet atelier permettrait d'agir sur le fait que les stratégies destinées à atteindre les populations rurales et reculées ne soient pas performantes et ainsi augmenter la couverture des groupes rendus vulnérables par leur position géographique. En outre, l'institut travaille actuellement avec le Président de la Commission santé de l'Assemblée pour mettre en place un réseau de parlementaires qui plaident à tous les niveaux – national et local – en faveur de la vaccination et de son financement en particulier[27]. Enfin, l'Autorité nationale de régulation qui s'occupe de surveiller la qualité des vaccins achetés a été renforcée.

Pour Hélène Mambu, Gavi a beaucoup fait pour accompagner le Congo dans le processus de transition grâce à plusieurs missions d'appui dans le pays, aux évaluations conjointes annuelles et à l'ouverture de la fenêtre du financement du renforcement des systèmes de santé pour qu'ils soient en mesure d'absorber toutes les activités de vaccination.

3. Conclusion

Le retrait de Gavi du Congo, à première vue, a l'air de se dérouler de manière progressive et planifiée. En effet, d'énormes progrès ont été acquis depuis 2011 en termes d'appropriation nationale du financement de la vaccination. En effet, en 2016, le pays a créé une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins de routine et cofinancés et le gouvernement lui a alloué assez de ressources pour couvrir ces deux catégories ainsi qu'honorer son retard de cofinancement pris sur les deux dernières années. Avec la création du compte d'affectation spécial, le pays cherche à mobiliser diverses sources de financement afin d'assurer une continuité des programmes. Il semble donc que la volonté politique d'augmenter les ressources nationales allouées à la vaccination se développe d'année en année, comme le montre le choix éloquent de la caractériser comme un investissement. D'après les

[26] Entretien avec Hélène Mambu
[27] Entretien avec Hélène Mambu

documents lus et l'entretien avec Hélène Mambu, il semble que Gavi et ses partenaires offrent au pays plusieurs formes de soutien, notamment au niveau du plaidoyer et au niveau technique – renforcement de l'Autorité nationale de régulation par exemple.

Pourtant, si les progrès politiques et financiers au niveau national sont mesurables, il existe très peu d'éléments sur l'amélioration de la couverture aux niveaux périphériques. L'évaluation conjointe explique cette inertie notamment par le fait que les campagnes de sensibilisation au niveau des bénéficiaires sont faibles. Par conséquent, si le Congo souhaite atteindre les objectifs fixés par le PEV et assurer une couverture durable et équitable, il est impératif que les populations difficiles d'accès soient prises en charge par les programmes de vaccination et que les couvertures augmentent significativement dans les années futures.

CONCLUSION

Les années 2000 ont été marquées par des progrès phénoménaux pour la santé des populations grâce au recul significatif des épidémies de VIH/sida, tuberculose et paludisme et à l'augmentation des couvertures vaccinales dans le monde entier. Ce fut aussi la décennie où la grande majorité des pays en développement ont vu leur économie et leurs ressources nationales croître. En vue de réduire la dépendance de ces pays au financement des donateurs internationaux, les principes qui sous-tendent la transition dans les années 2010 sont la responsabilité partagée et la durabilité de la réponse sanitaire. Les donateurs internationaux, soucieux de ne pas mettre en danger les progrès acquis jusqu'à aujourd'hui, ont développé des stratégies pour accompagner les pays vers le financement autonome de leurs systèmes de santé. Pourtant, et alors même qu'on observe une prise de conscience que le seul caractère économique des seuils d'éligibilité n'est pas représentatif et est problématique pour de multiples raisons, les autres dimensions de la durabilité sont peu prises en compte. La revue de la littérature de la théorie et de la pratique du processus de transition met en lumière les nombreux facteurs à considérer pour qu'il mène à une durabilité réelle des réponses nationales en santé. Le manque de coordination entre les donateurs sur le déroulé du processus (temporalité, type de soutien, évaluation du niveau de préparation,…) résulte principalement des visions différentes d'une transition réussie et de la durabilité de la réponse.

Comme ces stratégies sont récentes, il est impossible d'avoir une analyse rétrospective chiffrée de leur impact sur les programmes sanitaires nationaux et sur la couverture des populations avant quelques années. L'analyse de la Bulgarie, de la Thaïlande et du Congo, trois pays dont le Fonds mondial et Gavi sont actuellement en train de se retirer, permet cependant de comprendre comment le processus est géré. La temporalité du Fonds mondial est très courte pour la Bulgarie et la Thaïlande. Dans le premier pays, le processus a été marqué par la confusion ce qui a eu un effet négatif direct sur l'engagement politique au niveau du gouvernement et sur la mobilisation de la société civile. Le Fonds mondial se retire donc à la fin du mois de septembre 2016 alors qu'aucun plan de transition n'a été établi et que les financements pour les programmes de prévention pour les populations vulnérables sont largement insuffisants. Dans le cas de la Thaïlande, la rapidité du processus est due à son choix de sortir du soutien du Fonds mondial mais la période d'extension sans frais devrait permettre de finaliser le plan de transition. En revanche, malgré la volonté politique forte d'éradiquer les trois épidémies, le manque de mesures concrètes pour prendre en charge les populations mobiles et migrantes génère des inquiétudes fortes chez la société civile. Enfin, pour le Congo, alors que la phase de préparation à la transition (2011-2016) a été marquée par un défaut de cofinancement de la part

du gouvernement, la phase de transition accélérée qui a commencé début 2016 est porteuse d'optimisme. Le gouvernement a pris plusieurs mesures qui laissent augurer une transition fluide – notamment grâce à la création future du compte d'affectation spécial, à la création de la ligne budgétaire dédiée à l'achat des vaccins et à la mobilisation des parlementaires. Néanmoins, il semble que les activités des stratégies avancées et mobiles ne reçoivent pas l'attention qu'elles devraient.

Ainsi, dans les trois cas, le retrait des initiatives en santé mondiale risque d'entraîner une réduction significative de la couverture des populations vulnérables, ce qui portera atteinte à la durabilité des réponses sanitaires nationales. En effet, la volonté politique sur cette question en particulier n'est assez forte dans aucun des trois pays, et comme l'a montré l'exemple de l'Afrique du Sud cité plus haut, une augmentation générale du financement national de la santé n'est pas synonyme d'augmentation des ressources allouées à ces populations. En Bulgarie, l'environnement légal doit évoluer pour permettre aux PID d'accéder aux activités de prévention, de traitement et de soins. En Thaïlande, le gouvernement doit traduire sa stratégie officielle de couvrir les populations mobiles et migrantes, peu importe les papiers dont ils disposent, en actions concrètes. Au Congo, le gouvernement doit impérativement faire du plaidoyer aux niveaux périphériques et locaux et faire en sorte de leur allouer les financements nécessaires pour que les populations rurales et isolées bénéficient des services de vaccination. Si ces changements ne sont pas effectués avant que les donateurs se retirent définitivement, l'impact des transitions sera désastreux et il est très probable que ces pays fassent l'expérience d'une recrudescence des pandémies et des maladies évitables par la vaccination dans ces populations. En mettant à mal la durabilité de la réponse, cela risque d'engendrer une recrudescence au niveau de la population générale et d'annuler les progrès sanitaires réalisés jusqu'alors.

Afin d'assurer la durabilité, il est crucial que les initiatives en santé mondiale se coordonnent davantage et prennent en compte, outre la capacité économiques des pays, les autres dimensions de la durabilité (programmatique, épidémiologique, accès aux soins, politique, etc.). Les évaluations du niveau de préparation à la transition doivent être établies systématiquement plusieurs mois, voire années avant que le processus ne soit entamé et elles ne doivent pas être cantonnées à leur objectif actuel qui est majoritairement de nourrir la planification du processus. Ces outils doivent être utilisés aux côtés du RNB par habitant pour déterminer la date de la transition et sa temporalité.

En outre, les donateurs doivent s'assurer qu'il y ait une réelle volonté politique à tous les niveaux d'augmenter le financement national de la santé et de prendre en charge le continuum de soins pour toutes les populations. Les organisations de la société civile doit être incluse de manière effective à

toutes les étapes de la transition. En effet, elles représentent les populations vulnérables et doivent pouvoir assurer la continuation de leurs services après le retrait des donateurs – c'est pourquoi il est particulièrement important qu'un mécanisme de contrat social entre l'Etat et les organisations de la société civile soit mis en place et fasse partie du processus de transition.

Il serait également pertinent que les initiatives en santé mondiale, et les autres donateurs qui prévoient également de se retirer des pays bénéficiaires, mettent en place un mécanisme de suivi de la transition qui soit effectif même après leur retrait définitif. Ce mécanisme permettrait de s'assurer que les plans de transition sont implémentés et que les objectifs qu'ils se sont fixés sont atteints en temps voulu.

En conclusion, bien que la littérature sur le sujet se soit beaucoup développée ces dernières années, les impacts et les effets du retrait des donateurs sur la couverture sanitaire des populations, et notamment des populations vulnérables, sont encore flous et dépendent largement de plusieurs facteurs eux-mêmes soumis aux contextes nationaux. Il est impératif que les bonnes pratiques soient partagées et que les organisations de la société civile sensibilisent les gouvernements donateurs et bénéficiaires aux enjeux intrinsèques à la transition afin d'assurer une préparation anticipée et un processus fluide et graduel. Il en va de la durabilité des réponses sanitaires et de l'amélioration durable de l'état de santé de toutes les personnes, en ne « laissant personne derrière », comme l'ambitionnent les Objectifs de développement durable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rapport de situation 2014. Gavi, l'Alliance du vaccin; 2015.

2. PEPFAR 3.0. Controlling the epidemic: delivering on the promise of an AIDS-free generation. Department of State; 2014.

3. Rapport 2016 sur les résultats. Le Fonds mondial; 2016.

4. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015. Nations Unies; 2015.

5. The Gap Report. UNAIDS; 2014.

6. Site de la Banque mondiale [Internet]. [cited 2016 Aug 30]. Available from: http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD?end=2015&start=1990&view=chart

7. Burrows D, Oberth G, Parsons D, McCallum L. Transitions from donor funding to domestic reliance for HIV responses. Recommendations for transitioning countries. Aidspan, APM Global Health; 2016.

8. Oberth G, Whiteside A. What does sustainability mean in the HIV and AIDS response? African J AIDS Res. 2016;15(1):35–43.

9. Transitioning from donor support. HIV & TB programmes in Eastern Europe & Central Asia: Challenges & effective solutions. TB Europe Coalition; 2016.

10. Undermining the global fight. The disconnect between the Global Fund's strategy and the real-life implications of the New Funding Model. Open Society Foundations; 2014.

11. Gavi va accroître son aide aux pays pour préparer la transition vers le retrait du soutien de l'Alliance [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 15]. Available from: http://www.gavi.org/librairie/actualites/declarations/2015/gavi-va-accroitre-son-aide-aux-pays-pour-preparer-la-transition-vers-le-retrait-du-soutien-de-l-alliance/

12. The Global Fund Sustainability, Transition and Co-financing Policy. The Global Fund; 2016.

13. Saxenian H, Hecht R, Kaddar M, Schmitt S, Ryckman T, Cornejo S. Overcoming challenges to sustainable immunization financing: early experiences from GAVI graduating countries. Health Policy Plan [Internet]. 2015;30(2):197–205. Available from: http://www.heapol.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapol/czu003

14. Eligibility and transition policy. Gavi, The Vaccine Alliance; 2015.

15. Stratégie 2016-2020. Gavi, l'Alliance du vaccin; 2014.

16. Sustainability planning guidance document. Advancing country ownership in PEPFAR III. PEPFAR; 2013.

17. The Global Fund Eligibility Policy. The Global Fund; 2016.

18. Co-financing policy. Gavi, The Vaccine Alliance; 2015.

19. Updated - Terms of Reference for the Equitable Access Initiative. 2015.

20. The Equitable Access Initiative. Final Report: Draft version as of 4 March 2016. 2016.

21. Site du Fonds mondial - Equitable Access Initiative [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.theglobalfund.org/fr/equitableaccessinitiative/

22. Introductory Note. The Joint Working Group for Sustainability; 2015.

23. Sustainable access to vaccines in Middle-income countries (MICs): A shared partner strategy. Report of the WHO-convened MIC Task Force. World Health Organization; 2015.

24. Ozawa S, Ryckman T. Working paper. Assessing program readiness for transition. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Results for Development; 2016.

25. Zardiashvili T. Transition preparedness assessment framework tool developed [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 3]. Available from: http://www.aidspan.org/gfo_article/transition-preparedness-assessment-framework-tool-developed

26. The impact of transition from Global Fund support to governmental funding on the sustainability of harm reduction programs. A case study from Bosnia and Herzegovina. Eurasian Harm Reduction Network; 2016.

27. Ready, willing and able? Challenges faced by countries losing Global Fund support. Open Society Foundations; 2015.

28. Vogus A, Graff K. PEPFAR Transitions to Country Ownership: Review of Past Donor Transitions and Application of Lessons Learned to the Eastern Caribbean. Glob Heal Sci Pract [Internet]. 2015;3(2):274–86. Available from: http://www.ghspjournal.org/cgi/doi/10.9745/GHSP-D-14-00227

29. Transition and sustainability of Global Fund supported programs. Synthesis report of selected country case studies and review. Curatio International Foundation; 2015.

30. Summers T, Streifel C. Key populations and the next Global Fund strategy. A focus on Upper-middle income countries. Center for Strategic & International Studies; 2015.

31. Follow-up on IDA's graduation policy and proposal for transitional support for graduating countries. IDA Resource Mobilization Department. Concessional Finance and Global Partnerships; 2013.

32. Review of IDA's graduation policy. IDA Resource Mobilization Department; 2016.

33. The demand for IDA18 resources and the strategy for their effective use. IDA Resource Mobilization Department; 2016.

34. The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Bulgaria. Eurasian Harm Reduction Network; 2015.

35. Situation analysis of sustainability planning and readiness for responsible transition of harm reduction programs. From Global Fund support to national funding in {EECA}. Eurasian Harm Reduction Network; 2015.

36. The impact of transition from Global Fund support to governmental funding on the sustainability of harm reduction programs. A case study from Romania. Eurasian Harm Reduction Network; 2016.

37. The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Serbia. Eurasian Harm Reduction Network; 2015.

38. Country progress on monitoring the 2013 Political Declaration on HIV/AIDS, the Dublin Declaration and the Universal Access in the Health Sector Response. Republic of Bulgaria; 2014.

39. AIDS by the numbers. UNAIDS; 2016.

40. Country profile: Bulgaria. Eurasian Harm Reduction Network; 2016.

41. European Monitoring Centre for Drugs and Addiction, Bulgaria country overview [Internet]. [cited 2016 Aug 18]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/countries/bulgaria

42. TB and HIV Concept Note, Thailand. The Global Fund; 2014.

43. Oberth G. Thailand's transition triggers concerns for some, but others are more confident [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 15]. Available from: http://www.aidspan.org/gfo_article/thailand%E2%80%99s-transition-triggers-concerns-some-others-are-more-confident

44. Rapport de l'évaluation conjointe 2015. Gavi, l'Alliance du vaccin; 2015.

45. Plan pluriannuel complet du Programme élargi de vaccination 2011-2015. République du Congo, Ministère de la santé et de la population; 2011.

46. Co-financing information sheet on the Congo Republic. Gavi, The Vaccine Alliance;

47. Rapport de situation annuel 2014 présenté par le gouvernement de la République du Congo. Gavi, l'Alliance du vaccin;

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE **4**

LISTE D'ACRONYMES **5**

INTRODUCTION **6**

PARTIE 1 LA TRANSITION ENTRE THEORIE ET PRATIQUE **11**

CHAPITRE 1 ANALYSE COMPAREE DES STRATEGIES DE TRANSITION 11

1. Définition de la transition et vision de la durabilité *12*

2. Prévisibilité de la transition *14*

a. Critère d'éligibilité 14

b. Calendrier et temporalité 16

3. Préparation à la transition *17*

a. Evaluation du niveau de préparation et plan de transition 17

b. Cofinancement 18

4. Soutien *20*

5. Flexibilité *21*

6. Coordination *21*

a. Initiatives inter-donateurs 22

b. L'évaluation du niveau de préparation à la transition : les *transition readiness assessments* 24

CHAPITRE 2 – LA TRANSITION DANS LA PRATIQUE 27

1. Revue de la littérature : expériences passées et leçons apprises *27*

a. Planifier la transition 27

b. Assurer la participation des parties prenantes 28

c. Augmenter l'engagement politique : créer des champions et respecter les droits de l'Homme 29

d. Soutenir les organisations non gouvernementales 29

e. Suivi et évaluation 30

2. Enjeux de simultanéité *30*

a. La stratégie de transition de l'Association internationale de développement 31

b. Stratégie de transition 31

PARTIE 2 ETUDES DE CAS **35**

CHAPITRE 1 LA REDUCTION DES RISQUES DANS LES PAYS D'EUROPE DE L'EST ET D'ASIE CENTRALE : L'EXEMPLE DE LA BULGARIE ET LA TRANSITION AU FINANCEMENT NATIONAL DE LA REPONSE AU VIH/SIDA 36

1. Contexte de la région Europe de l'Est-Asie centrale *36*

2. Contexte de la Bulgarie *37*

a. Contextes politique et épidémiologique 37

b. Culture et législation 38

c. Etat du secteur de la société civile 39

d. Financement de la réponse VIH 39
3. Le processus de transition 40
a. Contexte de la transition 40
b. Planification de la transition 42
4. Conclusion 44
CHAPITRE 2 UNE TRANSITION CHOISIE PAR LE PAYS : L'EXEMPLE DE LA SORTIE DE LA THAÏLANDE DU SOUTIEN DU FONDS MONDIAL 45
1. Contexte de la Thaïlande 45
a. Contextes politique et épidémiologique 45
b. Culture et législation 48
c. Etat de la société civile 49
d. Financement de la réponse au VIH et à la tuberculose 49
2. Le processus de transition 50
a. Contexte de la transition 50
b. Planification de la transition 51
3. Conclusion 53
CHAPITRE 3 LE RETRAIT DE GAVI DE LA REPUBLIQUE DU CONGO 54
1. Le contexte du Congo 54
a. Contextes politique et épidémiologique 54
b. Financement de l'immunisation 56
2. Le processus de transition 57
a. Contexte de la transition 57
b. Planification de la transition 58
3. Conclusion 59
CONCLUSION 61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 64
TABLE DES MATIERES 67