



Evaluation transversale des projets financés par l'Initiative 5%

« Intégration des programmes verticaux pour renforcer le
système de santé »

Rapport d'analyse transversale

Projets évalués :

PACCI – DEPISTENEO	Mise en place d'un système d'information pour l'implémentation d'une stratégie de dépistage maternel en routine du VIH et VHB et suivi du couple mère-enfant dans le continuum de soins à Abidjan, Côte d'Ivoire	Cote d'Ivoire 01/03/15 au 28/11/2018
RAFAscreen	Renforcer le dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques et infectés par le VIH des pays du Bénin, de la Guinée et du Sénégal	Bénin-Sénégal- Guinée Conakry 01/03/15 au 9/09/2018
Ecole de Santé Publique ESP Kinshasa	Renforcement de l'intégration des programmes verticaux dans le système de santé en République Démocratique du Congo (RDC)	RD Congo 01/01/15 au 28/02/17
EstherGas	Mutualisation des bonnes pratiques en gestion des approvisionnements et des stocks et renforcement du système d'information pharmaceutique.	Bénin, Burkina Faso 01/01/15 - 28/02/2017

Dr Kemal CHERABI
Mr Jacques NDAWINZ
Dr Pierre-Yves NORVAL
Dr Nuccia SALERI
Dr Patricia VASSEUR

TeAM
Mars 2019

Table des matières

	Acronyme & abréviations.....	3
	Résumé	4
1	Introduction	7
2	Résultats de l'évaluation finale des projets	8
2.1	Description brève des objectifs et du contenu de chacun des projets évalués.....	8
2.1.1	Projet DEPISTENEO	9
2.1.2	Projet RAFAScreen	9
2.1.3	Projet ESP	10
2.1.4	Projet Esther/Gas	10
2.2	Synthèse de l'appréciation des projets par rapport aux critères de redevabilité retenus... 	11
2.3	Synthèse de l'analyse transversale des critères de redevabilité	11
2.3.1	Pertinence et cohérence	11
2.3.2	Efficacité.....	11
2.3.3	Efficience.....	11
2.3.4	Impact direct et indirect	11
2.3.5	Durabilité institutionnelle, technique et financière	12
2.3.6	Appropriation et participation des bénéficiaires.....	12
3	Analyse transversale des projets canal 2.....	12
3.1.	Réflexions sémantiques sur les définitions de l'approche verticale et intégrée	12
3.2.	Place de l'alignement des programmes verticaux dans les stratégies internationales et bilatérales	13
3.2.1.	Un mouvement pendulaire historique entre une approche verticale et intégrée	13
3.2.2.	Place de l'alignement dans les stratégies internationales et la stratégie bilatérale française	14
3.2.3.	La recherche d'équilibre entre programmes verticaux et système de santé	14
3.2.4.	La stratégie de la France en santé mondiale	15
3.3.	Comment aligner les composantes des programmes verticaux et les 6 piliers du système de santé.....	15
3.3.1.	L'alignement entre les composantes des programmes évalués et les 6 piliers du système de santé ont-ils été bien planifiés et mis en place dans les 4 projets canal 2	15
3.3.2.	Trois exemples d'alignement entre les programmes maladies et entre programme et système de santé	17
3.3.3.	La place essentielle du partenariat dans l'alignement.....	18
3.3.4.	Quels indicateurs pour suivre l'alignement des composantes des programmes entre elles et avec les piliers du système de santé.....	20
3.4.	Plusieurs opportunités manquées des projets canal 2	21
3.4.1.	Les synergies insuffisantes avec les programmes comme le PEV, la SMNI, et les problèmes de santé majeurs	21
3.4.2.	L'approche des sciences humaines de l'anthropologie et de la psychologie.....	21
3.4.3.	Les analyses cout-efficacité négligées et la pérennité financière en question	22
3.4.4.	La valeur ajoutée de l'15% dans le processus d'intégration	24
4.	Recommandations	25
4.1.	Sémantique de l'alignement	25
4.2.	Promouvoir l'alignement.....	25
4.3.	Appel à projet canal 2.....	26

Acronymes et abréviations

BCZS	Bureau Central de la Zone de santé
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CCM	Country Coordinating Committee
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CERADIS	Centre de Réflexion et d'Action pour le Développement Intégré et la Solidarité
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COSA	Comité de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DHIS	District Health Information System
DPMED	Direction des Pharmacies des Médicaments et des Explorations Diagnostiques
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EF	Expertise France
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
FM	Fonds Mondial
FS	Formation sanitaire
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stock
GIP	Groupement d'intérêt Public
ICN	Instance de Coordination Nationale
ISPED	Institut de Santé Publique Épidémiologie et Développement
IPV	Intégration des Programmes Verticaux
I5%	Initiative 5%
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
OCDE	Organisme de Coopération et Développement Economique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PNIMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSNIE	Plan stratégique national intégré pour l'élimination
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAME	Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels
ReCo	Relais Communautaires
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
Solthis	Solidarité Thérapeutique et initiatives contre le sida
SSP	Soins de Santé Primaire
TB	Tuberculose
TeAM	Technical Assistance for Management
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB	Virus de l'Hépatite B

Résumé exécutif

L'Initiative 5% (I5PC), créée en 2010, est une contribution indirecte de la France au soutien technique des subventions du Fonds mondial (FM). Le « Canal 2 » de l'I5PC vise à financer des projets de 2 à 3 ans complémentaires aux subventions du FM répondant à des besoins programmatiques ou à des problèmes structurels des pays bénéficiaires. Les subventions canal 2 sont attribuées suivant un mécanisme concurrentiel d'appels à projets. L'I5PC a lancé en 2014 un appel à projet « Canal 2 » visant à renforcer l'intégration des programmes VIH, tuberculose (TB) et paludisme dans les systèmes de santé nationaux. Un appel concurrentiel est lancé à l'échéance des projets pour évaluer individuellement les projets et en faire une évaluation transversale qui fait l'objet de ce rapport. Celle-ci s'est déroulée en 2 phases successives :

- L'évaluation individuelle de chaque projet, fondé sur 9 critères de qualité qui sont : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité, l'impact, la participation des acteurs locaux et des bénéficiaires, l'appropriation, la flexibilité, les capacités de gestion et d'organisation ;
- L'évaluation transversale (objet de ce présent rapport), qui vise à porter sur la réflexion sur la thématique de l'intégration, et à évaluer la pertinence et le caractère innovant ou « répliquable » des approches développées dans ces projets pour accélérer le rapprochement des programmes verticaux dans le système de santé.

L'appel à projets « intégration des programmes verticaux » lancé en 2014 par l'Initiative 5% n'a financé que 4 projets, car très peu des projets soumis proposaient des stratégies susceptibles de décloisonner les programmes et de déboucher sur la mise à disposition de services intégrés pour les patients. Les 4 projets financés quant à eux, ont permis de tirer des leçons intéressantes dans le cadre de financements de nouvelles initiatives visant à aligner les services des différents programmes pour un service centré sur le patient.

La contribution de l'Initiative 5% à ce processus d'alignement a porté sur 2 axes principaux :

- L'opérationnalisation de cette volonté d'alignement, sur des schémas différents : collaboration des programmes TB/VIH et diabète pour le projet RAFAScreen, collaboration entre les 3 programmes pandémies pour l'ESP, et coordination entre programme VIH et PEV pour le projet Depistneo. Ces 3 modèles ont montré leurs avantages et leurs limites, et constituent une base de discussion précieuse sur laquelle engager des débats avec le reste des PTF (en particulier les bailleurs tels que le Fonds mondial ou GAVI, l'OMS et l'Onusida), et les ministères des pays concernés.
- La mise en lumière des difficultés opérationnelles que ces stratégies d'alignement comportent.

Cette analyse a été menée alors que le cadre lui-même peine à être défini : en effet, l'intégration des programmes verticaux dans le système de santé n'est pas inscrite comme un objectif des stratégies mondiales de lutte contre les trois pandémies sida, tuberculose et paludisme, ni de la stratégie du renforcement du système de santé pérennes ni des Objectifs du Développement Durable (ODD) ou de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). En outre, il n'y a pas d'indicateur proposé par l'OMS pour mesurer le renforcement de l'intégration et son impact sur la santé dans les programmes verticaux ou dans les six piliers du système de santé. Leur absence rend inopérante toute tentative de comparaison entre pays et ne permet pas de promouvoir une approche plutôt qu'une autre. Le renforcement de l'intégration n'est ni normé, ni mesuré, ni inclus dans les stratégies des trois pandémies ou dans celle du renforcement des systèmes de santé.

- Les projets financés par l'Initiative 5% ont été menés de manière relativement confidentielle : ils n'ont pas impliqué largement les responsables des programmes du ministère de la santé, le CCM ou les partenaires techniques et financiers (PTF) ; ils n'ont pas développé de stratégie de communication active visant à faire connaître, aux autorités et aux PTF, les enjeux et les résultats des projets. C'est pourquoi l'une des recommandations générales faite à tous les projets est la diffusion des résultats et des bonnes pratiques issus de ces projets. Leur aspect innovant dans le partenariat entre programmes habituellement cloisonnés, la diffusion de connaissances mutuelles sur les méthodologies traitées et les mécanismes de coordination mis en œuvre sont autant de résultats positifs qui démontrent la faisabilité de l'alignement des programmes.
- La question n'est plus aujourd'hui de choisir entre le renforcement sélectif vertical ou global horizontal mais d'analyser l'interaction entre programmes et composantes du système de santé. Pour que ces interactions existent et donnent les résultats escomptés, il est important de prendre en compte les éléments suivants :
 - La définition d'un cadre d'alignement au niveau national comme le plan stratégique national intégré pour l'élimination des 3 pandémies qui existe par exemple au Bénin et fait l'objet d'une analyse dans ce document ;
 - Une formation spécifique des personnels de santé impliqués dans ce type d'interventions ;
 - Des cadres de concertation à tous les niveaux (depuis le niveau central jusque dans les formations sanitaires) comme les comités tuberculose-VIH en place dans la plupart des pays à partir de 2006;
- Ces interventions engendrent des changements de pratique importants pour les personnels de santé et les obligent à sortir de leur « zone de confort » professionnelle, circonscrite à un type d'activités ou à une pathologie spécifique. Les sciences sociales, en particulier l'anthropologie et la sociologie, peuvent être utiles pour identifier les résistances du personnel soignant et comprendre les blocages aux changements de pratiques. Elles peuvent également apporter des solutions dans les projets, puisque cet alignement des activités est également nouveau pour les patients. ⁴

- La question des indicateurs permettant de mesurer le degré d'alignement des services est centrale et doit être réfléchi avant la mise en œuvre de ces interventions. Une certaine « théorie du changement » planifiant les étapes de décloisonnement, et définissant des marqueurs de changement, pourrait remédier à cette situation et constituer un outil de pilotage performant.
- Les acteurs identifiés de façon exhaustive tels que les investigateurs, les décideurs, les financeurs, les professionnels de santé, des prestataires, les bénéficiaires et leurs accompagnants sont chacun indispensables au projet. Ayant chacun un rôle distinct, ils interagissent et s'articulent de façon spécifique pour construire le parcours de soin, mettre en œuvre les stratégies ou les activités du projet. Si l'absence d'un partenaire n'entrave pas la poursuite du projet, elle limite la démarche d'alignement telle que les évaluateurs l'ont observé dans les trois projets évalués
- Enfin, une analyse économique permettant de comparer le coût-efficacité, le coût-utilité et le coût- bénéfice doit accompagner la mise en œuvre de ces interventions. Il est en effet crucial de chercher à démontrer que ces approches constituent un gain pour le gouvernement, qui le guide dans les décisions de financement et démontre une optimisation des ressources mises à disposition par les Etats et les PTF. La généralisation de la CSU d'ici 2030, telle que définie dans les Objectifs du Développement Durable et par l'OMS, ne sera possible qu'au travers du renforcement du système de santé, censé offrir des services de qualité, de manière équitable et efficace. L'alignement des services de soins est une pierre angulaire de ce système pérenne et résilient.

Au terme de cette analyse, quelques **recommandations** à l'endroit de l'Initiative 5% sont susceptibles d'orienter son action et sa future contribution au renforcement des systèmes de santé

- L'Initiative 5% doit à la fois inclure dans ses appels à projet long terme et promouvoir auprès des instances de tutelles et dans la stratégie bilatérale française en santé mondiale le remplacement du terme « intégration » par le terme « alignement » plus neutre pour engager le dialogue et l'harmonisation des composantes des programmes des 3 pandémies entre elles et avec les 6 piliers du système de santé. Le mot intégration décrit des réalités différentes à caractère idéologique. Dans l'agenda 2030 (ODD et CSU), le terme et la notion d'intégration sont remplacés par l'alignement des approches voulu comme plus constructif que l'intégration pour permettre une collaboration des approches verticales et horizontales dans un esprit de complémentarité plutôt que de compétition, et de disparition, à terme, des programmes dans une approche plus systémique et centrée sur le patient.
- L'Initiative 5% doit promouvoir auprès de l'OMS, des ministères de la santé dans les pays ou des projets long terme financés, des instances de tutelle et dans la stratégie bilatérale en santé mondiale, la mise en place d'un comité technique d'alignement des 3 pandémies (ou plus de 3 pandémies) sur le modèle des comités tuberculose-VIH, pour promouvoir et suivre l'alignement des composantes des 3 pandémies entre elles et dans les piliers respectifs du système de santé. Les comités d'alignement doivent définir des indicateurs d'alignement des soins, des systèmes d'information sanitaire, de la gestion des médicaments, des financements et des ressources humaines des programmes entre eux et avec les piliers correspondant du système de santé.
- L'Initiative 5% doit, lors de la définition des appels à projets :
- Inclure dans les Termes de référence des appels à projet long terme, une partie spécifique sur l'alignement des composantes (ou piliers) de santé concernés par les projets soumis, en incluant une définition explicite de l'alignement et non plus de l'intégration ;
- Demander aux postulants d'adopter une culture de l'alignement dans les projets soumis selon les 6 composantes (ou piliers) de santé concernés ;
- Demander aux postulants d'inclure les représentants d'associations de patients, de femmes et de la société civile dans toutes les étapes des projets soumis ; de la phase d'élaboration, au suivi et à l'évaluation pour suivre l'alignement dans toutes les étapes des projets, ce qui n'a pas été le cas dans les 4 projets évalués ;
- Demander aux postulants d'inclure l'analyse anthropologique aux différents stades des projets afin de mieux prendre en considération les environnements sociaux susceptibles d'influer sur les projets ;
- Prévoir le renforcement spécifique des capacités et les compétences du personnel de santé à travers un référentiel cognitif et organisationnel permettant des interventions de qualité capable d'assumer l'alignement des programmes maladies au système de santé ;
- Exiger une analyse coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice des interventions qui privilégient l'alignement afin de fournir des évidences permettant de comparer des interventions entre elles et de guider les décisions en matière de priorité de financement.
- L'Initiative 5% doit par ailleurs, dans le processus de suivi des projets sélectionnés :
- Demander aux postulants des appels à projet de définir et mesurer les indicateurs CSU tels que recommandés par l'OMS (EB144/7 session du 14 décembre 2018) et des indicateurs spécifiques aux projets proposés en établissant des cibles réalistes ;
- Engager les porteurs des projets choisis à intégrer des indicateurs sur l'alignement des programmes spécifiques maladies

au système de santé ;

- Mesurer et rapporter de façon régulière les indicateurs de l'alignement lors de la mise en place des projets par des comités de pilotage, des comités scientifiques, des réunions de suivi etc. Ces indicateurs d'alignement concernent les 6 composantes de santé et devront être distribués aux partenaires.

Enfin, et au-delà du Canal projets, l'Initiative 5% peut continuer les efforts engagés, dans la promotion des axes suivants :

- **Une offre de services d'assistance technique pour les pays qui souhaiteraient s'engager dans cette voie** : à partir des éléments saillants et des besoins d'accompagnement identifiés (en termes de formation du personnel, de rédactions des documents cadre et des plans stratégiques), l'Initiative peut jouer un rôle crucial d'accompagnement du déploiement de services alignés par la mise à disposition d'assistance technique.
- **Une amélioration des modèles déjà testés par une intégration systématique et obligatoire des acteurs de la société civile** (qui sont des acteurs du système de santé à part entière), qui restent des partenaires privilégiés de l'Initiative 5%. Cette contribution de la société civile (acteurs communautaires) est capitale pour promouvoir l'offre de services renouvelée et accompagner les populations défavorisées vers cette offre pour permettre une prise en charge de qualité et durable.
- **Enfin, un plaidoyer auprès du Fonds mondial pour que les approches innovantes testées dans le cadre de cet appel soient inscrites dans les notes conceptuelles** pour être mises à l'échelle dans le cadre des prochaines subventions qui débuteront en 2021. L'intégration d'activités de santé materno-infantiles dans la lutte contre les pandémies est l'une des propositions du Fonds mondial pour accélérer l'alignement des programmes.

1. Introduction

L'Initiative 5% est une contribution indirecte de la France au Fonds Mondial (FM), qui se traduit par la mise à disposition d'assistance technique pour la mise en œuvre des subventions.

L'Initiative 5% a lancé en 2014 un appel à projets long terme visant à renforcer l'intégration des programmes VIH, tuberculose et paludisme financés par le FM dans les systèmes de santé nationaux. Cet appel s'est inscrit dans le cadre de la Stratégie 2012-2016 du Fonds Mondial intitulée « Investir pour maximiser l'impact » et répond notamment à l'objectif 1 « Investir de façon plus stratégique ». Cet objectif a par ailleurs été repris et développé dans la stratégie 2017-2022 sous la forme du pilier n°2 qui vise à « Mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé ».

Les projets financés par l'Initiative 5% font l'objet d'un audit financier et d'une évaluation finale. En 2018, TeAM a été retenu pour réaliser l'évaluation externe et transversale des projets traitant l'intégration des programmes verticaux.

Chaque projet évalué contribue à alimenter la réflexion transversale concernant les stratégies qui renforcent l'intégration des projets verticaux dans le système de santé. Cette analyse transversale est présentée dans le présent rapport et suit la logique suivante :

- La première partie analyse de façon synthétique la performance globale des projets financés sous l'appel « intégration des programmes verticaux » ;
- La deuxième partie s'intéresse à la sémantique de l'intégration et analyse les différents aspects de l'alignement dans les stratégies internationales et bilatérales, entre les programmes maladie et entre les programmes et le système de santé et les opportunités manquées d'alignement
- La troisième partie offre des pistes de réflexion pour l'initiative 5% en termes d'adéquation de l'appel aux objectifs poursuivis et guide un prochain appel en apportant des informations supplémentaires sur les conditions et les prérequis pour une bonne intégration des programmes entre eux et au système de santé

L'évaluation s'est appuyée sur une démarche qui se décline en trois étapes principales : (a) la structuration de la démarche évaluative, (b) la conduite de l'analyse évaluative de chaque projet et (c) l'analyse transversale des éléments de capitalisation des 3 projets évalués par TeAM et d'un quatrième projet entrant dans le même appel et évalué en 2017 par AEDES. Chaque étape a donné lieu à une présentation des approches et conclusions des travaux évaluatifs et des recommandations éventuelles.

Les quatre projets qui avaient été attribués en réponse à l'appel à propositions 2014 font l'objet de cette évaluation transversale. Ils comprennent trois projets évalués par TeAM (DEPISTENEO porté par PAC-CI, RAFAScreen porté le Programme National de lutte contre la tuberculose du Ministère de la Santé du Bénin et ESP porté par l'École de de Santé Publique de Kinshasa) et le projet EstherGas au Bénin et Burkina Faso, un projet évalué par AEDES.

Projet DESPITENEO : Développer, implémenter et évaluer une stratégie de dépistage VIH-VHB à la naissance pour les mères et leurs enfants et la mise en place d'un Système d'Information (SI) qui suit ces couples mères-enfants à travers le continuum de soins

Projet RAFAScreen : Renforcer le dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques et les patients infectés par le VIH au Bénin, Sénégal, et Guinée Conakry

Projet ESP **Système d'information sanitaire** : Contribuer au renforcement du système de santé par l'intégration des 3 programmes verticaux VIH, TB et Paludisme afin de permettre les économies d'échelle et les synergies d'actions en RDC.

Projet Esther/GaS : Contribuer à l'amélioration et à l'harmonisation des bonnes pratiques GAS et pratiques de dispensations des intrants pharmaceutiques relatifs aux programmes de lutte contre les trois endémies prioritaires (Sida, Paludisme et Tuberculose) et autres pathologies ainsi qu'à leur intégration au sein du système national d'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques des pays ciblés

Chaque projet évalué a contribué à alimenter la réflexion transversale concernant les stratégies qui accélèrent l'intégration des projets verticaux dans le système de santé. Cette analyse transversale se nourrit des leçons apprises et des bonnes pratiques identifiées par les évaluateurs, et qui ont fait l'objet de discussions avec les différentes équipes de mise en place des projets, les bénéficiaires directs (patients et associations), les partenaires et les autorités des Ministères de la Santé des pays bénéficiaires et l'équipe d'Expertise France.

Comme l'indiquaient les termes de référence de l'évaluation transversale, le dispositif d'évaluation à mettre en œuvre avait 3 objectifs :

1.1. En premier lieu, un objectif de redevabilité vis-à-vis de chaque projet : il s'agissait d'assurer une évaluation des critères du Comité de l'Aide au Développement de l'OCDE¹ avec également une analyse de la flexibilité des projets, de l'appropriation par les bénéficiaires, de la participation des bénéficiaires et des partenaires au projet, et des capacités de gestion des porteurs de projet.

1.2. En second lieu, un objectif d'apprentissage relatif à la thématique de l'intégration des programmes verticaux (au niveau du projet). Il s'agissait d'identifier dans quelle mesure les projets ont effectivement contribué à faire évoluer les connaissances, attitude et pratiques par des compétences en lien avec les objectifs de l'appel é projets en relation avec un ou plusieurs des 6 piliers du système de santé. La contribution du programme au système de santé et l'inverse ont été évalués

1.3. Enfin un objectif de valorisation de la contribution de l'Initiative 5% à l'amélioration des subventions du Fonds mondial.

A chacun de ces objectifs correspond une phase spécifique :

- La phase répondant à l'objectif de redevabilité comprenait l'évaluation finale individuelle de chaque projet, qui a eu lieu en novembre et décembre 2018.
- Concernant le second objectif, il était prévu, au terme de la phase de redevabilité, un travail d'analyse et de capitalisation transversales des résultats, permettant de tirer des leçons et de pointer les meilleures pratiques identifiées, et aboutissant à la rédaction du présent rapport.
- Enfin, est prévue au cours du premier trimestre 2019 une phase de valorisation qui comprendra la restitution de l'évaluation notamment au Comité de Pilotage de l'Initiative 5% (COPIL) de l'Initiative 5% et de discussion de l'analyse réalisée dans le cadre de la présente mission.

2. Résultats de l'évaluation finale des projets

2.1. Rappel des objectifs des projets évalués

L'ensemble des projets évalués a été sélectionné lors de l'appel à propositions lancé par Expertise France dans le cadre de son Canal projets ; retenus au mois de novembre 2014, la plupart des projets ont démarré au cours du premier trimestre 2015.

Projet 14 SANIN212 : DEPISTENEO, dépistage VIH-VHB à la naissance pour les mères et leurs enfants

Pays	Cote d'Ivoire Porteur PAC-CI ; partenaires : PNLs Côte d'Ivoire ; CEDRES Abidjan ; Centre de recherche INSERM U897, Equipe VIH Afrique, Institut de Santé Publique, Epidémiologie et Développement (ISPED), Université de Bordeaux, PNLHV Abidjan, PEV Abidjan
Mise en œuvre	Du 01/03/2015 au 28/02/2018 extension 28/11/2018, évaluation novembre 2018
Objectif général	Développer, implémenter et évaluer une stratégie de dépistage VIH-VHB à la naissance pour les mères et leurs enfants et la mise en place d'un Système d'Information (SI) qui suit ces couples mères-enfants à travers le continuum de soins
Objectifs spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 1) Développer et implémenter un SI qui permettra de faire le lien entre la mère et l'enfant et de les suivre tout au long du continuum de soins ; 2) Identifier dès la naissance les enfants exposés au VIH, promouvoir le dépistage précoce à 6 semaines et donner une seconde opportunité d'entrée dans les soins pour la mère infectée ; 3) Identifier les mères infectées par le VHB, proposer un traitement et les référer vers une prise en charge adéquate et proposer un vaccin à J0 aux enfants exposés 4) Organiser le contrôle qualité et valider le test diagnostic rapide VHB sur DBS en Côte d'Ivoire 5) Evaluer l'impact clinique, économique et la balance coût-efficacité de ces interventions à Abidjan
Bénéficiaires directs et sites	Maternités cibles et personnels, les mères qui accouchent dans les maternités ciblées et les couples mères-enfant qui y consultent
Montant	999.446€

¹ Pertinence, efficacité, efficience, impact direct et indirect, durabilité

Projet14 SANIN210:RAFAscreen dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques et les patients infectés par le VIH

Pays	Bénin, Sénégal et Guinée Conakry, Porteur PNLT Bénin, partenaires : PNLT du Guinée-Sénégal TDR OMS, LSHTM, Solthis
Mise en œuvre	09/03/2015 au 08/03/2018 extension 09/09/2018, évaluation janvier 2019
Objectif général	Renforcer le dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques et les patients infectés par le VIH au Bénin, Sénégal, et Guinée Conakry
Objectifs spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 1) Déterminer quel est, chez les patients infectés par le VIH, l'algorithme de détection de la tuberculose le plus approprié en termes d'efficacité et de coût- efficacité dans un contexte de relative faible prévalence de la co-infection TB/VIH (incluant l'exploration de la valeur ajoutée et le coût de l'utilisation de l'outil GeneXpert dans cet algorithme), 2) Déterminer quel est, chez les patients diabétiques, l'algorithme de détection de la tuberculose le plus approprié en termes d'efficacité et de coût-efficacité dans un contexte de relative faible prévalence de la co-infection TB/VIH (incluant l'exploration de la valeur ajoutée et le coût de l'utilisation de l'outil GeneXpert dans cet algorithme), 3) Opérationnaliser, tester et proposer les stratégies de dépistage de la TB les plus appropriées chez les patients infectés par le VIH et les patients diabétiques à chaque niveau de la filière de soin où les patients sont pris en charge ; 4) Renforcer les capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour mener des études de recherche opérationnelle sur ce thème ou d'autres utiles aux programmes.
Bénéficiaires directs et sites	3000 PVVIH et 6000 personnes diabétiques des services suivants : Au Bénin : Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) et Banque d'Insuline d'Ayélawadjé En Guinée : Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du CHU Donka et Service de diabétologie du CHU Donka Au Sénégal : Service de diabétologie du Centre Marc Sankalé et Centre de Traitement Ambulatoire du CHU Fann de Dakar
Montant	1.282.501€

Projet 14 SANIN 209 : ESP Système d'information sanitaire

Pays	RDCongo Ecole Nationale de Santé Publique
Mise en œuvre	Du 01/01/2015 au 31/12/2016 et extension jusqu'au 28/02/2017, évaluation novembre 2018
Objectif général	Contribuer au renforcement du système de santé par l'intégration des 3 programmes verticaux VIH, TB et Paludisme afin de permettre les économies d'échelle et les synergies d'actions en RDC.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • OS1 : renforcer l'intégration du SIS lié aux programmes de lutte contre les 3 maladies VIH, TB et paludisme dans le SNIS. • OS 2 : évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'utilisation de la messagerie par téléphonie mobile (SMS) pour la transmission de l'information sanitaire dans les zones de santé pilotes appuyées par le FONDS MONDIAL en RDC. • OS 3 : renforcer l'intégration des nouvelles notions en rapport avec la lutte contre les 3 maladies VIH, TB et paludisme dans le curricula de formation des professionnels de santé. • OS4 : renforcer les capacités de la communauté (comités de santé (COSA), relais communautaires (ReCo) et organisations de la société civile locale) à collecter, transmettre l'information sanitaire et à assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre des activités de la lutte intégrée contre les 3 maladies VIH, paludisme et TB.
Bénéficiaires directs et sites	Les ZS de Kimpese, Boma-Bungu, Kinkonzi de la province du Kongo central Zone de santé (ZS) de Maluku 1, Nsele, et Mont-Ngafula 2 de la ville province de Kinshasa
Montant	1.000.000€

Projet 14 SANIN 209 : ESP Système d'information sanitaire

Pays	RD Congo Ecole Nationale de Santé Publique	
Mise en œuvre	Du 01/01/2015 au 31/12/2016 et extension jusqu'au 28/02/2017, évaluation novembre 2018	
Objectif général	Contribuer au renforcement du système de santé par l'intégration des 3 programmes verticaux VIH, TB et Paludisme afin de permettre les économies d'échelle et les synergies d'actions en RDC.	
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> OS1 : renforcer l'intégration du SIS lié aux programmes de lutte contre les 3 maladies VIH, TB et paludisme dans le SNIS. OS 2 : évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'utilisation de la messagerie par téléphonie mobile (SMS) pour la transmission de l'information sanitaire dans les zones de santé pilotes appuyées par le FONDS MONDIAL en RDC. OS 3 : renforcer l'intégration des nouvelles notions en rapport avec la lutte contre les 3 maladies VIH, TB et paludisme dans le curricula de formation des professionnels de santé. OS4 : renforcer les capacités de la communauté (comités de santé (COSA), relais communautaires (ReCo) et organisations de la société civile locale) à collecter, transmettre l'information sanitaire et à assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre des activités de la lutte intégrée contre les 3 maladies VIH, paludisme et TB. 	
Bénéficiaires directs et sites	Les	Zone de santé (ZS) de Maluku 1, Nsele, et Mont-Ngafula 2 de la ville province de Kinshasa
		Les ZS de Kimpese, Boma-Bungu, Kinkonzi de la province du Kongo central
Montant	1.000.000€	

Projet 14 SANIN211: Esther/GaS

Pays	Bénin, Burkina Faso AJOUTER PORTEUR Partenaires : Bénin, Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML), Centre de Réflexion et d'Action pour le Développement Intégré et la Solidarité (CERADIS); Burkina Direction des Pharmacies des Médicaments et des Explorations Diagnostiques (DPMED), Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). CHU de Besançon, CH de Charleville-Mézières, CHU de Grenoble, Hôpital Saint Antoine, Hôpital de Tenon, CHU de Montpellier, CHU de Rouen, Hôpital Necker, CHU de Clermont Ferrand.	
Mise en œuvre	À compléter	
Objectif général	Contribuer à l'amélioration et à l'harmonisation des bonnes pratiques GAS et pratiques de dispensations des intrants pharmaceutiques relatifs aux programmes de lutte contre les trois endémies prioritaires (Sida, Paludisme et Tuberculose) et autres pathologies ainsi qu'à leur intégration au sein du système national d'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) des pays ciblés	
Objectifs spécifiques	OS1 : Améliorer la qualité de l'information pharmaceutique au niveau périphérique et intermédiaire OS2 : Appuyer la coordination de la gestion des données pharmaceutiques au niveau national	
Bénéficiaires directs et sites	15 sites de PEC (Prise en Charge) au Bénin et 16 sites PEC au Burkina Faso soit 1 par niveau intermédiaire et par départements au Bénin et 1 par région au Burkina Faso. Les comités nationaux de quantification et de suivi des approvisionnements au Bénin et au Burkina Faso.	
Montant	865 265€	

2.2. Synthèse des notations des projets selon les critères de redevabilité retenus

Durant la phase d'évaluation des projets, ceux-ci ont été notés en se basant notamment les critères du CAD/OCDE selon une grille d'évaluation en quatre catégories : A : Très Bon ou excellent (+) ; B : Bon ; C : Acceptable ; D : médiocre ou mauvais. Nous restituons ici les résultats.

A ≥ 90 %	B : 60-89 %	C : 30-59 %	D : < 30 %
----------	-------------	-------------	------------

Critères évaluatifs	Pertinence	Efficacité	Efficience	Impact	Flexibilité	Partenariat	Pérennité
DEPISTENEO	A	B	C	A	B	B	B
RAFAScreen	A	A	C	B	A	B	C
ESP	A	C	C	B	B	B	C
Esther Gas	A	A	NA	C	B	B	C

Les % correspondent à la part des objectifs atteints dans chaque projet. Il s'agit donc d'une approche quantitative, mais également qualitative en ce qui concerne la flexibilité ou la pertinence (qui ne constituent pas des objectifs du projet mais sont des paramètres essentiels pour qu'un projet soit de qualité).

2.3. Synthèse de l'analyse transversale des critères de redevabilité

2.3.1. Pertinence et cohérence

Dans l'ensemble les projets ont été jugés pertinents et cohérents par rapport à la politique sanitaire des pays ciblés et aux stratégies du Fonds Mondial, et pour les raisons suivantes :

La stratégie du Fonds mondial 2014-2017 puis 2017-2022 met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé résistants et pérennes et introduit la notion d'intégration des services, en particulier grâce à la mutualisation de l'offre dépistage, l'appui aux systèmes d'informations sanitaires, à la chaîne d'approvisionnement et à la structuration des systèmes de santé communautaire qui, au travers des ressources humaines, cherchent à intégrer les curricula de formation des agents de santé.

Les Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS) des différents pays reconnaissent le renforcement du système de santé comme une priorité, en particulier en ce qui concerne le déploiement du système d'informations sanitaires que le Fonds mondial et PEPFAR financent.

Enfin, au vu de la capacité actuelle des pays en développement à financer leur système de santé, il est tout à fait essentiel de conceptualiser et de privilégier des interventions qui se révèlent coût-efficaces.

2.3.2. Efficacité

L'efficacité des projets est bonne pour 2 projets notés A et acceptable pour 1 projet noté B. A l'exception du projet de l'ESP de Kinshasa noté C, dans lequel environ la moitié des activités n'a pas été menée, le reste des projets s'est révélé efficace et a démontré une bonne relation entre les objectifs fixés et leur atteinte. Le postulat de départ, de faire travailler ensemble des programmes et des équipes qui n'avaient jusqu'alors jamais collaboré s'est révélé pertinent et porteur d'innovation. Les formations mises en œuvre pour les personnels de santé ont été conduites avec succès, et les pistes de travail communes sont à confirmer.

2.3.3. Efficience

Il est difficile de juger de l'efficience des projets, car les activités de mesure du coût-efficacité des différentes stratégies ne sont pas encore achevées, ou n'avaient pas encore produit de conclusions au moment de l'évaluation. Cependant, il est fort à parier que des interventions mutualisées qui permettent de multiplier les portes d'entrée offrant un accès facilité aux patients pour prévenir, diagnostiquer et traiter plusieurs pathologies privilégient l'efficience. Mais la difficulté à le démontrer est la principale faiblesse des projets évalués : cette étude coût-efficacité n'a pas été considérée comme une priorité par les équipes projet, souvent reléguée à la fin du projet, ou menée par des professionnels qui n'étaient pas suffisamment formés pour entreprendre ce type d'étude, qui requiert des compétences dans le domaine de l'économie de la santé.

2.3.4. Impact direct et indirect

La plupart des projets ont obtenu des effets à court terme intéressants (les évaluateurs se garderont de parler d'impact à défaut d'un recul de plusieurs années). Les 4 projets ont eu un effet direct sur les personnels de santé formés au dépistage et à la prise en charge d'autres maladies que celles qu'ils sont habitués à traiter. En ce qui concerne les 2 projets visant à la mise en place de systèmes d'informations, ils ont également été accompagnés de formations pour les personnels des programmes et des centrales d'achats qui se sont révélées précieuses dans l'appropriation de l'outil et sa correcte utilisation.

La mise en œuvre de stratégies de dépistage et de prise en charge intégrée de plusieurs pathologies (TB/VIH/diabète, VIH et VHB) constitue l'un des impacts les plus importants puisqu'elles montrent la faisabilité de ces approches intégrées, ainsi que la mise en œuvre de stratégies de collaboration qui décloisonnent les programmes à travers les collaborations intersectorielle.

2.3.5. Durabilité institutionnelle, technique et financière

Trois des 4 projets ont été menés par les Ministères de la Santé ou des institutions de recherche des pays concernés, ce qui demeure le principal gage de la durabilité institutionnelle des interventions mises en place. Les formations dispensées, les plateformes d'échange et de collaboration entre les personnels des différents programmes sont autant de signes de pérennité au-delà de la fin du financement. De la même manière, le matériel informatique et le logiciel de gestion des données programmatiques des médicaments cédés dans le cadre des projets sont des outils qui continueront de bénéficier à leurs utilisateurs. En revanche, une question se pose en termes de pérennité financière : les tests de dépistage et les traitements donnés aux patients dans le cadre des projets seront à la charge des patients, ce qui représente un frein évident pour la suite. Les porteurs des projets devront être estimés dans les approches de quantification des besoins en intrants et intégrés aux programmes nationaux.

2.3.6. Appropriation et participation des bénéficiaires

Les bénéficiaires directs des 4 projets sont en général les personnels de santé des programmes visés. De ce point de vue, ils ont pris part au projet, ont reçu les formations, renforcé leurs capacités et leurs compétences et ont mené les activités avec efficacité. Par contre, on peut regretter que les bénéficiaires indirects, les patients, aient été si peu associés aux objectifs du projet et n'aient pas toujours compris l'objectif même des études dans lesquelles ils ont été enrôlés. Les projets n'ont pas cherché à associer les organisations de la société civile qui auraient pu constituer un relai important avec la communauté, remédiant en partie à la question des patients perdus de vue dans les 2 études.

3 Analyse transversale des projets évalués

3.1 Réflexions sémantiques sur les définitions de l'approche verticale et intégrée

Lors des entretiens avec les acteurs des 3 projets évalués et avec les responsables du renforcement des systèmes de santé au secrétariat du Fonds mondial¹ et à l'OMS Genève², nous avons constaté que le mot intégration était utilisé pour décrire des réalités différentes. Il convient donc d'exposer quelques clarifications sémantiques préliminaires.

Une approche verticale³⁴ de santé est définie comme une stratégie dédiée à la lutte contre une maladie (ex. Tuberculose, VIH, Paludisme, Trypanosomiase, Lèpre...), ou un service dédié à un problème de santé (ex. santé mentale, santé de la reproduction, malnutrition, maladie sexuellement transmissible...) ou une stratégie orientée vers une population clé ou une zone géographique (ex. adolescents, usagers de drogues, prisonniers, migrants, travailleuses du sexe, population autochtones...) ayant pour objectif et justification l'amélioration d'une situation prioritaire en santé publique qui n'aurait pu être atteinte par une approche intégrée (horizontale).

Une approche intégrée (ou horizontale) de santé est définie par une politique systémique permettant d'offrir des soins de qualité les plus complets possibles aux personnes incluant les populations clés afin d'améliorer globalement la santé. **L'intégration** dans le dictionnaire Larousse est définie par la fusion, **l'assimilation** entre plusieurs éléments voire la disparition au profit d'une nouvelle entité selon un processus syncrétique. En France, la Haute Autorité de Santé adapte la

¹ Viviana Mangiaterra, Senior Technical Coordinator for Maternal, Newborn and Child Health and Health Systems Strengthening for the Global Fund, Erin Ferenchick, Nicholas Furtado, Fonds mondial RSSH (entretien le 19.10.18)

² Denis Porignon, OMS Genève, Health Systems Governance and Financing (entretien le 22.10.18), Thomas O'Connell OMS Genève, Health System Governance, Policy and Aid Effectiveness (HGS) (entretien le 2.11.18)

³ Oliveria-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. J Int Dev 2003;15:67-86

⁴ Unger JP, De Paepe P, Green A: A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. Int J Health Plann Manage 2003, 18 Suppl 1: S27-S39

définition au monde sanitaire et conçoit l'approche intégrée comme « un moyen de *réduire la fragmentation* des dispositifs sanitaires et sociaux pour permettre un accès facilité aux différentes prestations sanitaires et sociales au niveau du territoire »⁵⁴. Les définitions de l'intégration soulignent à la fois une **volonté d'harmonisation** souhaitée par tous et en même temps une **menace de disparition des programmes verticaux**, source de réactions contradictoires.

Le renforcement de l'intégration est le processus de collaboration et coordination des approches verticales et horizontales qui permet d'améliorer l'offre de santé générale et les services spécifiques dans une synergie gagnant-gagnant.

3.2 Place de l'alignement des programmes verticaux dans les stratégies internationales et bilatérales

3.2.1 Un mouvement pendulaire historique entre une approche verticale et intégrée⁶

Historiquement, la santé coloniale française verticale privilégiait au début du 20^e siècle, une approche spécialisée, verticale et déconcentrée fixe ou mobile. Cette dynamique verticale s'est poursuivie avec les programmes de vaccination contre la variole et les programmes de vaccination élargie (PEV) soutenus par l'OMS et l'UNICEF.

Des approches intégrées de Soins de Santé Primaire (SSP) sont initialement apparues dans les pays colonisés par les anglais autour des années 20. Elles ont été renforcées dans les années 60 lorsque l'OMS a lancé une politique de Soins de Santé Primaire à l'échelle mondiale qui a conduit à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Dans les années 80, le Paquet Minimum de Soins (PMS) et le Paquet Complémentaire de Soins (PCS) définis et développés par l'OMS, l'UNICEF et la Banque Mondiale ont permis progressivement de positionner les programmes verticaux de lutte contre les maladies prioritaires au sein d'une approche intégrée. La réforme⁷ et le renforcement⁸ du système de santé développés par l'OMS dans les années 90 ont valorisé l'approche intégrée.

La relance de l'approche verticale est réapparue avec le « Rapport sur le développement dans le monde 1993 : « investir dans la santé »⁹ de la Banque Mondiale et le rapport de l'OMS de la Commission macroéconomie et santé : « investir dans la santé pour le développement économique » en 2001⁹ mettant en avant les critères d'efficacité de l'approche verticale reliant les objectifs à atteindre avec les ressources à utiliser.

Le retour du pendule à un équilibre entre approche verticale et horizontale apparaît en parallèle des nouveaux financements mondiaux (Fonds mondial Gavi) avec en 2000 les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)¹⁰, les « accords de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005 »¹¹, les stratégies 2012-2016 et 2017-2022 du Fonds mondial^{12 13} et 2016-2020 de Gavi¹⁴ qui comprennent le renforcement des systèmes de santé en liaison avec les programmes de santé. Les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour 2030, la Couverture Santé Universelle (CSU 2030)¹⁵ et l'Agenda 2030 et ses 17 objectifs de développement durable continuent à renforcer cet alignement vertical et horizontal. Ainsi, l'ODD n°3, promeut une approche de la santé interconnectée à la quasi-totalité des 17 ODD surpassant la santé et en même temps la cible 3.3 pour en finir avec les 3 maladies VIH TB paludisme (Obj3- cible 3.3) promeut une approche verticale. La CSU 2030 est mesurée par 16 indicateurs définis par l'OMS qui comprend aussi des indicateurs des 3 pandémies¹⁶.

La question n'est plus de choisir entre le renforcement sélectif vertical ou global horizontal mais d'analyser **l'interaction entre programmes et composantes du système de santé**. Cependant la multitude des acteurs, les valeurs et la compréhension des concepts qui sous-tendent les différentes prises de position, le financement, et la gouvernance du système de santé contribuent à maintenir le débat.

⁵ HAS 26 septembre 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764284/fr/integration-territoriale-des-services-sanitaires-medicaux-sociaux

⁶ The "vertical-horizontal" debates: time for the pendulum to rest (in peace)? Mukund Uplekar & Mario C Raviglione. <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/5/07-041756.pdf?ua=1>

⁷ Cassels A. Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. Forum on Health Sector Reform discussion paper no.1. Geneva: World Health Organization: 1995. (Document WHO/SHS/NHP/95.4).

⁸ http://www.who.int/management/working_paper-4-fr-opt.pdf

⁹ <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/581581468174893634/pdf/121830WDROFRENCH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

¹⁰ http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/

¹¹ Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra

¹² The Global Fund, The Global Fund Strategy 2012-2016: Investing for impact

¹³ Fonds Mondial, Stratégie du Fonds Mondial pour la période 2017/2022 : Investir pour mettre fin aux épidémies, «Mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé »

¹⁴ <https://www.gavi.org/a-propos/strategie/phase-iv-2016-20/>

¹⁵ [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

¹⁶ [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

3.2.2 Place de l'alignement dans les stratégies internationales et la stratégie bilatérale française

La Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » la stratégie « En finir avec la TB » et la « Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2035 » ainsi que la « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 » ont toutes les quatre mis le patient au cœur de leur stratégie. Ce positionnement du patient au centre des stratégies est le moyen de garantir l'intégration et l'harmonisation des approches verticales et intégrées à la recherche de la pérennisation des financements, d'un équilibre et d'une complémentarité entre une approche verticale qui préserve la compétence technique des programmes et une approche d'intégration qui recherche la mutualisation des services et l'efficacité.

L'intégration des programmes verticaux dans le système de santé n'est toutefois pas inscrite comme un objectif des stratégies mondiales de lutte contre les trois pandémies Sida, Tuberculose et Paludisme, ni de la stratégie du renforcement du système de santé pérennes ni des ODD ou de la CSU.

Les politiques des ODD et de la CSU n'encouragent pas l'intégration des programmes verticaux dans le système de santé mais valorisent leur contribution harmonieuse avec des ajustements selon la composante afin d'améliorer la santé¹⁷. Ainsi, les soins autour du patient comprenant la prévention, le dépistage et le traitement des 3 pandémies VIH, TB et paludisme est la seule composante des stratégies pandémies où le terme intégration est utilisé. Les 6 autres composantes (ou piliers) du système de santé tel que défini par l'OMS en 2007¹⁸ présents dans les stratégies de programmes verticaux (gouvernance et leadership, financement, ressources humaines, système d'information sanitaire, médicaments-consommables médicaux) s'alignent et contribuent au système de santé pour améliorer la santé sans utiliser le terme intégration.

En outre, il n'y a pas d'indicateur proposé par l'OMS pour mesurer le renforcement de l'intégration et son impact sur la santé dans les programmes verticaux ou dans les six piliers du système de santé. Leur absence rend inopérante toute tentative de comparaison entre pays et ne permet pas de promouvoir une approche plutôt qu'une autre. Le renforcement de l'intégration n'est ni normé, ni mesuré, ni inclus dans les stratégies des trois pandémies ou dans celle du renforcement des systèmes de santé. Chaque pays tend à produire ses « propres » approches d'intégration sans indicateur à partir d'une compréhension contextualisée de ce qu'il perçoit de l'idée d'intégration. Les acteurs nationaux rencontrés lors de l'évaluation des 3 projets se disent convaincus du bien-fondé du renforcement de l'intégration des programmes verticaux comme moyen de renforcer le système de santé. Si la volonté est exprimée oralement, sa traduction dans les plans stratégiques nationaux et les guides techniques des 3 pandémies est hétérogène voire absente. Enfin, la compétition pour les ressources financières et humaines a favorisé une approche verticale plus qu'horizontale à travers les mécanismes de financement partenarial du Fonds mondial, de Gavi et d'Unitaid qui finançaient en priorité les programmes. Ce déséquilibre entre des programmes mieux financés et des besoins des systèmes de santé important moins financés limite la coordination et la collaboration entre les deux approches.

3.2.3 La stratégie de la France en santé mondiale

La stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021¹⁹ s'articule autour de quatre priorités dont la première est « RENFORCER LES SYSTEMES DE SANTE TOUT EN LUTTANT CONTRE LES MALADIES ». Cette double priorité sur le renforcement des programmes verticaux et le renforcement du système de santé correspond à la tendance mondiale mais n'aborde pas la façon dont la liaison entre programme et système de santé est mise en place. Le Président de la République a annoncé en juin 2016 « le maintien des engagements financiers français dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et ouvre une opportunité de plaider et d'action pour une approche plus horizontale de renforcement des systèmes de santé, y compris communautaire, dans les instances de décision des financements multilatéraux. »²⁰ Au-delà de l'approche verticale par pathologie ou par population, la France souhaite renforcer des approches plus transversales pour favoriser les systèmes de santé et la CSU, et devra aborder la liaison entre ces 2 approches.

Notre équipe d'évaluateurs émet une recommandation sémantique allant dans ce sens pour la rédaction des appels à projet de l'initiative 5% et pour la formulation de la stratégie bilatérale de coopération. Nous développons dans les chapitres suivants les analyses et suggestions en faveur de l'alignement des approches verticales et horizontales et de leurs composantes et piliers respectifs

¹⁷ WHO Strategizing national health in the 21st century: a handbook <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

¹⁸ Six composantes constitutives du système de santé que définies par l'OMS- gouvernance et leadership, financement, ressources humaines, système d'information sanitaire, offre de soins et infrastructure-équipement- médicaments- consommables médicaux

¹⁹ https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mondiale_web_cle863195.pdf

²⁰ <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/fiches-reperes/2017/article/strategie-de-la-france-en-sante-mondiale-2017-2021> page 20

3.3 Comment aligner les composantes des programmes verticaux et les 6 piliers du système de santé

3.3.1 L'alignement entre les composantes des projets évalués et les 6 piliers du système de santé ont-ils été bien planifiés et mis en place dans les 4 projets canal 2

Selon les résultats des évaluations des 4 projets, chacun d'entre eux peut être lié directement ou indirectement aux composantes du système de santé avec des degrés divers d'alignement de leur composante maladie aux 6 piliers du système de santé. Les 4 projets sont intervenus sur la réduction des nouvelles infections des pathologies prioritaires, la réduction des taux de morbidité et de mortalité de ces pathologies. Ces deux résultats d'impact à savoir la réduction des nouvelles infections et la réduction du taux de morbidité mortalité sont communs aux pathologies prioritaires, toutefois force est de constater qu'ils reposent aussi sur les performances des systèmes de santé. En effet, des systèmes de santé résilients et pérennes sont indispensables non seulement pour mettre fin aux épidémies considérées prioritaires à l'échelle mondiale (VIH, tuberculose, paludisme, hépatites) mais aussi pour obtenir des résultats au-delà de ces trois maladies en dispensant des soins de façon durable, équitable et efficace. Les systèmes de santé résilients et durables permettent non seulement d'accélérer la mise en œuvre des programmes mais également le développement d'une couverture sanitaire universelle capable de répondre de façon efficace aux nouvelles menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale.

Composante 1 Leadership et gouvernance : Elle se définit en général par l'élaboration des stratégies nationales et sectorielles, et par la clarification des rôles et la gestion de la demande de soins. Dans les pays où se sont déroulées les évaluations, les équipes ont constaté que la gouvernance des projets est contextualisée et correspond au fonctionnement de chaque pays. Dans chaque pays, l'exercice du leadership et de la gouvernance des projets est déterminé par le partenariat qui est fixé entre le projet et les parties prenantes nationales. Aussi, dans le cadre des projets évalués, les autorités sanitaires (Ministères de la Santé ou programmes nationaux) se sont considérés parties prenantes des projets mis en œuvre, aucun d'entre eux n'a été mis en œuvre sans l'aval des autorités sanitaires nationales. Du point de vue de la composante 1 leadership et gouvernance, tous les projets sont en phase avec les orientations stratégiques du pays soit avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) soit avec les plans stratégiques (PSN) spécifiques aux pathologies (VIH, Hépatites virales, TB, Paludisme ...). En outre, les projets, ont été définis selon un processus transparent et participatif impliquant les responsables politiques, et conformément aux orientations stratégiques du pays. Nous pouvons par conséquent considérer que les projets ont chacun à leur façon, valorisé la gouvernance et le leadership dans les pays. Toutefois la coordination du projet ESP avec les programmes TB et paludisme et la coordination du projet RAFAscreen avec le programme des maladies non transmissibles sont insuffisants alors que ces 2 projets comprenaient des interventions liées à ces problématiques de santé. L'implication insuffisante de la direction des médicaments dans le projet EstherGas au Bénin est aussi un exemple de faiblesse de gouvernance du projet.

Composante 2 Ressources humaines pour la santé : Elle se définit en général par une affectation adéquate des ressources humaines. Les personnels sont efficaces lorsqu'ils sont affectés dans le système pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers. Les évaluations des projets ont montré non seulement une affectation des ressources humaines correspondant aux besoins mais également une adhésion des professionnels de santé aux différents projets constituant ainsi une valeur ajoutée pour leur mise en œuvre. Les missions assignées aux différentes catégories de professionnels fournissent des interventions de plus haute qualité, lorsque le renforcement des capacités est intégré au projet. C'est le cas de tous les projets évalués dont il ressort des points saillants et communs : maintenir un niveau de compétence capable de permettre aux professionnels de santé d'assumer les missions qui leur sont assignées, prendre des dispositions pour avoir dans les bonnes proportions (nombre, diversité et compétences), des effectifs suffisants dans les différentes catégories de personnels, mettre en place des systèmes et des mesures incitatives pertinentes, une répartition du personnel conformes aux besoins, une bonne collaboration entre les équipes soignantes et les acteurs communautaires. Par exemple le projet DESPINEO a utilisé les ressources humaines des maternités et du service de pédiatrie (médecins, sages-femmes, conseillers communautaires...), pour couvrir tous les besoins notamment l'offre de dépistage en salle d'accouchement, l'offre de vaccination aux nourrissons, le suivi du couple mère-enfant. L'élément intéressant réside dans l'adéquation des ressources humaines affectées et les besoins du projet.

Composante 3 Systèmes d'information sanitaire : Pour exercer le suivi de la situation sanitaire du pays, il est fondamental de disposer d'informations stratégiques permettant la prise de décisions pertinentes. C'est pourquoi la pertinence des projets est rappelée puisqu'ils ont permis non seulement de démontrer une leur faisabilité adaptée au contexte pays mais également de construire un dispositif de suivi évaluation correspondant aux besoins spécifiques des projets. Une bonne gouvernance n'est possible que si l'on dispose d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Concernant les réalisations accomplies dans le cadre de la mise en œuvre des projets, les analyses ont montré que chaque projet a participé à la résolution d'un problème rencontré par le système de santé. Par exemple le projet DEPISTENEO a cherché à démontrer la faisabilité d'une stratégie de dépistage VIH-VHB à la naissance pour les mères et leurs enfants avec la mise en place d'un Système d'Information (SI) qui assure en temps réel le suivi ces couples mères-enfants à travers le continuum de soins. Le projet RAFAscreen a quant à lui cherché à renforcer le dépistage de la

tuberculose chez les patients diabétiques et les patients infectés par le VIH au Bénin, Sénégal, et Guinée Conakry par un suivi de la file active.

Le projet ESP Système d'information sanitaire est centré sur le renforcement de l'intégration des systèmes d'information sanitaire des 3 programmes VIH, TB et Paludisme dans un système unique afin de permettre les économies d'échelle et les synergies d'action en RDC. Enfin, le projet EstherGas a visé l'amélioration et l'harmonisation des bonnes pratiques d'information sanitaires liées au GAS et à la dispensation des intrants pharmaceutiques relatifs aux programmes de lutte contre les trois endémies (Sida, TB, paludisme) et autres pathologies. La gestion commune des informations sur les médicaments des 3 pandémies permet d'intégrer la gestion des intrants au système national d'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) des pays cibles.

Tous les projets évalués se sont appuyés sur un système de suivi évaluation afin de rendre compte de sa mise en œuvre. Toutefois, au-delà du système de suivi-évaluation propre à chaque projet, l'enjeu réside dans l'intégration des indicateurs de projet dans le système national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données permettant aux décideurs de suivre l'évolution de la situation de la santé dans les pays.

Partant de cette perspective, les 4 projets ont montré des faiblesses importantes à mettre en place cette corrélation entre le système de suivi évaluation du projet et le système national de suivi évaluation Le SIS unique aux programmes maladies et au système de santé est le thème principal des projets ESP et EstherGas mais la contribution de ces 2 projets au SIS unique reste faible et non pérenne. Le projet EstherGas qui avait pour but de renforcer la liaison entre la collecte des informations sur les intrants des 3 maladies et le système national de gestion des médicaments essentiels (y compris ceux des 3 maladies) n'a pas atteint l'efficacité et la pérennité attendues au Bénin. Ces difficultés d'alignement peuvent être rattachées au manque d'implication du niveau central dans le projet EstherGas au moment de sa conception et au manque de suivi tout au long de sa mise en place. Le projet ESP, dont l'un des objectifs était de renforcer la liaison entre l'enregistrement des données des 3 pandémies par le logiciel DHIS2 n'a pas atteint le succès escompté du fait du caractère très ponctuel des interventions reçues par les bénéficiaires qui en demandaient plus, d'une attention portée principalement sur le VIH et du faible renforcement des données communautaires dans le DHIS2. De plus, l'ESP n'avait pas la légitimité ni les moyens de mener ce travail dans les 3 pandémies. L'alignement des composantes du système de santé en particulier le système d'information sanitaire, est l'un des éléments le plus emblématique du système de santé dans la mesure où il constitue un enjeu important pour la mesure de l'atteinte des résultats nationaux.

Composante 4 Financement de la santé : Le financement de la santé peut être un instrument de politique essentiel pour améliorer la santé et réduire les inégalités sanitaires, s'il a avant tout pour objectif de faciliter la couverture universelle en supprimant les obstacles financiers à l'accès aux soins et en évitant aux patients d'être confrontés à des difficultés financières et des dépenses supplémentaires. On parviendra plus facilement à ce résultat en mettant en place un système permettant d'obtenir équitablement assez de fonds pour la santé, en instaurant un système de mise en commun des ressources de différents groupes de la population afin de partager les risques financiers, en mettant en place un système de gouvernance du financement qui s'appuie sur une législation pertinente, des audits financiers et une traçabilité des dépenses publiques, ainsi que des règles opérationnelles claires pour garantir une utilisation efficace des fonds. Même si les 4 projets n'ont pas conduit ou terminé leur analyse coût efficacité, l'association de plusieurs pathologies avec une utilisation du personnel à coûts constants semble logiquement être en faveur d'un meilleur coût-efficacité. Toutefois l'alignement des programmes maladie et du système de santé augmente le budget nécessaire pour la santé sans augmentation des ressources. La rareté des financements ne favorise pas l'alignement de la composante financement de la santé entre les programmes maladies et le système de santé. Même si les mécanismes de financement nationaux et internationaux cherchent à équilibrer les budgets et répondre aux besoins de l'ensemble des soins, la compétition pour des ressources financières insuffisantes ne favorisent pas l'alignement entre programmes maladie et le système de soins pour cette composante. La recherche d'équilibre nécessite des fonds supplémentaires domestiques que tous les partenaires financiers recommandent aux pays.

Composante 5 Produits et technologies médicaux essentiels : L'accès universel aux soins dépend essentiellement de l'accès à des médicaments essentiels, des vaccins et des outils de diagnostic abordables, ainsi qu'à des technologies sanitaires de qualité garantie, utilisés de manière scientifiquement rationnelle. Les résultats des évaluations ont montré que les éléments suivants sont indispensables pour le fonctionnement d'un système assurant l'accès à ces intrants, un système de réglementation des produits médicaux couvrant les autorisations de mise sur le marché et le contrôle de qualité, qui s'appuie sur une législation pertinente, la liste nationale de médicaments essentiels, des protocoles nationaux de diagnostic et de traitement (recommandations nationales actualisées et alignées aux recommandations de l'OMS) et du matériel standardisé pour chaque niveau de soins, un système d'approvisionnement et de distribution qui garantisse l'accès universel à des produits médicaux et des technologies sanitaires essentiels. Le projet EstherGas abordait la gestion des intrants sous le couvert de la transmission des informations de stock et de consommation des intrants plus liée à la composante SIS.

Composante 6 Prestation des services : L'efficacité d'un système de santé se mesure à l'efficacité des services qu'il offre. Dans les différents projets évalués l'introduction de nouveaux services et leur intégration dans un système existant a constitué une opportunité importante. Citons par exemple le dépistage de la tuberculose chez les patients diabétiques et les patients infectés

par le VIH, ou le dépistage VIH-VHB à la naissance pour les mères et leurs enfants. Force est de constater que les 2 projets DEPISTENEO et RAFAscreen ont réellement intégré une offre de nouveaux services sans créer des services spécifiques, et dans l'ensemble tous les projets ont développé une approche de « droit commun », c'est-à-dire une approche qui intègre le projet à un système existant en y ajoutant des services, comme par exemple c'est le cas pour le projet DESPINEO.

Le projet RAFAscreen, considéré comme un succès, a montré que le diagnostic de la TB chez les personnes diabétiques n'était pas accompagné de la prise en charge du diabète, laissé à la charge financière du patient. L'intégration des programmes verticaux aurait pu aboutir à l'élargissement des soins TB à ceux du diabète dans le projet RAFAscreen mais cette extension des soins allait au-delà du projet et nécessite une planification et un financement adéquats. La pérennité des soins alignés est faible dans 2 projets DEPISTENEO et RAFAscreen due à des problèmes de financement des soins et de disponibilité des financements nécessaires à la fin des projets

3.3.2 Trois exemples d'alignement entre les programmes maladies et entre programmes et système de santé

Actuellement, l'OMS recommande, et certains pays adoptent un nouveau paradigme organisationnel, programmatique et financier à travers l'alignement des pathologies prioritaires tels que le VIH, la Tuberculose, les Hépatites virales, le Paludisme et les maladies à potentiel épidémique. Cette démarche vise à sortir chacune des pathologies de leur isolement vers une approche de santé publique permettant d'améliorer la santé globale des populations en particulier celles qui sont le plus touchées.

L'expérience développée par le Bénin dans le cadre du Plan stratégique national intégré pour l'élimination (PSNIE 2019-2023) consiste à rechercher toutes les synergies et toutes les complémentarités pour cheminer vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030 allant au-delà de la santé en incluant un objectif pour en finir avec les 3 maladies endémiques VIH TB paludisme (obj3-cible 3.3) et la couverture universelle des soins pour 2030 (UHC 2030). L'Agenda 2030 et ses 17 objectifs de développement durable (ODD) apportent une vision transversale soulignant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé des populations. Plus spécifiquement, l'ODD n°3, qui promeut une approche globale de la santé, « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », est transversal et interconnecté à la quasi-totalité des 17 ODD. Le PSNIE 2019-2023 du Bénin définit une approche horizontale ou intégrée de santé à travers une politique systémique de santé permettant d'offrir les soins de qualité les plus complets possible à l'ensemble de la population en particulier celle touchée par les maladies et notamment les populations clés. L'approche intégrée développée dans le présent PSNIE 2019-2023 maintiendra les programmes verticaux de maladies au sein du Ministère de la Santé pour une mise en œuvre technique optimale à travers des recommandations nationales actualisées et robustes tout en adoptant une démarche d'intégration transversale pour tout ce qui concerne les points communs entre les maladies.

L'ambition stratégique promue par cette approche vise à permettre aux populations cibles d'accéder à des prestations de services publiques, privées et communautaires qui améliorent la santé globale. La volonté d'alignement exprimée à travers un PSNIE 2019-2023 commun à plusieurs maladies doit s'accompagner d'un suivi pour une mise en œuvre réussie. Les promoteurs du projet RAFAscreen ont participé au PSNIE et appliqué partiellement ce principe dans leur projet

Renforcer l'intégration des systèmes d'information sanitaire (SIS) des 3 programmes VIH, TB, et paludisme dans le système national d'information sanitaire (SNIS) est un modèle inédit d'alignement des programmes. Le projet ESP-RDC avait pour but de contribuer à la qualité des données et l'intégration des données des programmes spécifiques dans un système unique pour le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données à travers un outil essentiel permettant ce lien. Toutefois, la faible pérennité du projet ESP et sa contribution marginale à la mise en place du DHIS2 questionne la pertinence du projet mais pas celle de son objectif et principe.

De plus la faible inclusion des données d'activités communautaires dans DHIS2 est un des points faibles essentiel du projet. En effet, en Afrique Subsaharienne, rares sont les pays qui parviennent à intégrer dans le DHIS2 les données programmatiques communautaires. Les raisons évoquées sont de deux ordres, parfois la faiblesse des capacités des acteurs communautaires, parfois la non reconnaissance des actions communautaires. Pourtant, force est de constater qu'actuellement aucun des programmes des maladies prioritaires ne pourra démontrer l'atteinte des résultats d'impact tels que la réduction des nouvelles infections ou la réduction de la morbi-mortalité sans la contribution du système communautaire. Aussi l'inclusion des interventions communautaire dans le logiciel DHIS2 s'avère une nécessité qui doit se traduire par un effet de la part des acteurs de mise en œuvre tant du secteur public que communautaire.

Le logiciel développé par l'Université d'Oslo, est une plateforme de gestion intégrée et de partage de l'information sanitaire. Il sert d'entrepôt de données, intégrant les données sanitaires de tous les programmes de santé rapportant les données au SNIS. Le logiciel DHIS2 est un outil robuste pour permettre de renforcer, à différents niveaux de la pyramide sanitaire, les composantes du SNIS suivantes : la standardisation de l'information, le circuit de l'information, la complétude, la promptitude et la cohérence de l'information, l'accès aux données sanitaires via une plateforme unique, l'analyse des données (tableaux, graphiques, cartographie, etc.), et la rétro-information. Un module dénommé « patient tracking » vient s'ajouter pour faire le suivi individuel des patients. En 2018, les Ministères de la santé de 91 pays, à travers le monde, utilisaient le DHIS2 soit dans sa phase pilote (32%), soit en routine dans le SNIS (68%). Actuellement on observe que le DHIS2 est encouragé dans tous les pays du monde par l'OMS et est financé largement par le Fonds mondial dans sa version agrégée permettant une meilleure gestion des données épidémiologiques. DHIS2 est utilisé en routine dans sa version agrégée dans la quasi-totalité des pays du monde et d'Afrique Subsaharienne., toutefois il manque dans nombre de pays l'intégration des données issues des interventions communautaires et le passage au DHIS2 tracker permettant la gestion des données individuelles

plus intéressant pour les soins cliniques aux individus en même temps que collective à visée épidémiologique et statistique.

Autre exemple d'alignement, l'expérience positive des comités de collaboration entre les programmes TB et VIH peut être prise en compte pour être appliquée à la liaison entre des composantes des 3 pandémies et des piliers du système de santé. L'OMS a promu dès 2004 dans sa stratégie mondiale 3 par 5 et dans la stratégie Halte à la Tuberculose la mise en place des comités TB/VIH pour établir une collaboration entre les programmes TB et VIH avec un cadre et des objectifs coté TB et coté VIH à atteindre²¹. Le succès de ces comités peut être lié à un mécanisme de collaboration institué sur la durée, un engagement politique national et international, un rattachement au ministère de la santé à travers la responsabilité des programmes et des moyens financiers suffisants pour atteindre un alignement de plusieurs composantes. Cet effort a été long, progressif, mesuré et suivi pour devenir efficace.

Les CCM ou les ICN (selon les dénominations propres à chaque pays) dans les pays bénéficiaires des subventions du Fonds mondial de Gavi sont les mécanismes de coordination structurant la gouvernance du Fonds mondial et de Gavi. Ils ont été soutenus depuis de nombreuses années comme les comités TB-VIH mais n'ont pas toujours connu la même efficacité. Leurs objectifs étaient plus ambitieux couvrant les 3 pandémies, le PEV pour l'ICN mais aussi la liaison avec le système de santé et la société civile avec participation des financeurs (absent dans le comité TB-VIH). Nous retiendrons que les comités de suivi technique comme le TB/VIH ont montré leur efficacité pour rapprocher les composantes de 2 programmes et cette approche devrait être appliquée pour le suivi de l'alignement des composantes des 3 programmes (ou de plusieurs problèmes de santé) dans des piliers du système de santé. Le projet RAFAScreen s'appuie sur son expérience de rapprochement TB/VIH

3.3.3 La place essentielle du partenariat dans l'alignement

Les acteurs identifiés de façon exhaustive tels que les investigateurs, les décideurs, les financeurs, les professionnels de santé, des prestataires de santé et les acteurs communautaires, les bénéficiaires et leurs accompagnants sont chacun indispensables au projet. Ayant chacun un rôle distinct, ils interagissent et s'articulent de façon spécifique pour construire le parcours de soin, mettre en œuvre les stratégies ou les activités du projet. Si l'absence d'un programme n'entrave pas la poursuite du projet, elle limite la démarche d'alignement telle que les évaluateurs la conçoivent.

Dans le projet RAFAScreen, les PNLT, PNLs, PNLMT étaient les acteurs principaux du projet sans impliquer les directions des maladies transmissibles ni la direction des SSP ou de la planification des soins, dans le projet ESP les programmes tuberculose et paludisme n'étaient pas informés régulièrement du projet mis en place par l'école de santé publique et dans DEPISTENEO, un projet centré sur l'offre de prévention et de soins à la naissance, qui a engagé activement les professionnels de la maternité et des services de pédiatrie, mais qui est resté loin des programmes de SMNI, ce qui pourrait entraver la pérennisation du projet. L'alignement est une politique de santé allant au-delà de la politique et stratégie de chaque programme et nécessite un engagement ministériel au plus haut niveau pour engager tous les acteurs. L'initiative venant d'en haut de la hiérarchie du ministère de la santé a plus de chance d'aboutir que celle issue d'un programme ou d'un projet canal 2. Autre piste prometteuse pour l'alignement est celle impulsée par le Fonds mondial dans 25 pays prioritaires pour l'alignement des 3 programmes TB VIH paludisme et MNCH pour le développement et le financement de plan commun dans le cadre de la prochaine subvention du Fonds mondial.

Conjointement, impliquer les usagers ou représentants d'usagers, les agents de santé communautaire, les personnalités locales comme les chefs religieux, les chefs de villages ou de quartier et prendre en compte les deux membres du couple lorsque le projet concerne un seul membre, peut contribuer à l'alignement entre certaines composantes de programme/programme ou de programme/système de santé.

Par exemple, les entretiens réalisés auprès des mères dans le projet DEPISTENEO ont souligné le rôle de leur conjoint dans l'observance des traitements des femmes séropositives quand bien même ils n'étaient ciblés par le projet. Selon le discours des femmes, les conjoints veillaient à ce qu'elles prennent leurs traitements, honorent les rendez-vous de consultation, fassent leurs bilans de contrôle. Elles-mêmes les qualifiaient de « d'homme aidant »

Selon les cas, ils peuvent devenir alternativement le frein ou le facilitateur des tendances de leurs épouses à entrer ou pas dans le système de santé et à suivre ou pas les traitements et les protocoles de soins portés par les programmes. Dès lors que les conjoints se montrent soutenant auprès de leurs épouses, ils contribuent indirectement à aligner les programmes (PNLS et PNLVHB dans l'exemple du projet DEPISTENEO) et le système de santé.

Dans le projet RAFAScreen, l'implication des personnes diabétiques et de la direction de la planification aurait pu permettre de soulever dès le début du projet le problème du financement des soins aux personnes diabétiques et la question de la pérennité des financements pour ces soins à l'arrêt du projet. L'implication plus forte du SNIS dans le projet ESP aurait pu permettre de soulever en cours de projet le manque d'inclusion d'informations sur l'activité communautaire dans DHIS2 et de pérenniser la formation périphérique des agents de santé après la fin du projet. Si chaque partenaire est assigné à un rôle, la dynamique partenariale constitue le socle de la collaboration à partir de la construction d'une culture commune du devoir à rendre compte, articulée sur une définition partagée du sens donné à l'« intégration », une approche par processus et une circulation de l'information.

²¹ Interim policy on collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.

Une définition partagée du sens donné à « l'intégration »

Les entretiens montrent qu'il y a autant de catégories métiers de professionnels ayant des rôles et des responsabilités différentes dans les projets, que de définitions différentes fournies pour qualifier « l'intégration ». En effet, selon leur fonction et positionnement au sein du projet, les professionnels ont une compréhension sensiblement différente de la notion d'intégration. Dans tous les cas, ils positionnent leur discipline comme la principale à laquelle ils associent les autres. Ainsi dans le projet DEPISTENEO par exemple, les professionnels de la maternité abordent le projet à partir de ce qui se joue en salle de naissance où sont dépistés les mères et les nouveau-nés, les conseillères communautaires à partir de l'activité de PTME, le CeDRes à partir des bilans biologiques de confirmation de l'infection hépatique.

L'analyse des interviews réalisées avec les professionnels (médecins) en fonction à l'OMS et au FM souligne la possibilité de prioriser des axes stratégiques d'intervention différents quand bien même ils visent le même résultat. L'un envisage la politique d'« intégration » comme le rapprochement entre les programmes tandis que l'autre privilégie la contribution du programme au système de santé. De la même façon, le discours porté par les représentants du FM faisait apparaître le rapprochement entre programmes comme une étape vers l'intégration des programmes dans les systèmes de santé contrairement au représentant de l'OMS qui considérait le rapprochement entre programmes comme une configuration d'intégration « en soi ».

Parallèlement, les différences apparaissent entre les professionnels œuvrant dans les pays (directions, cliniciens, et soignants) et ceux intervenant à distance à partir des organismes internationaux. L'analyse des discours montrent que les acteurs « pays » perçoivent la politique d'intégration essentiellement centrée sur le patient tandis que les représentants des organismes internationaux (OMS et FM) rencontrés l'élargissent à une Couverture Santé Universelle pour le patient.

Combiner l'analyse des discours à l'observation lors des visites des sites montre que la compréhension et les tentatives de mise en œuvre de l'« intégration » répondent pour les soignants à l'idée de décloisonner leurs activités entre les services et de travailler en complémentarité. Cette tendance correspondrait à l'échelle des programmes à harmoniser et aligner réciproquement leurs objectifs et leurs stratégies. Dans tous les cas, il ne s'agit pas de faire « disparaître » une activité au profit d'une autre telle que le terme « intégration » au sens de « fusion » peut le laisser entendre.

Alignement et processus partenarial dès la genèse du projet

Le principe consiste à élaborer un projet qui en termes d'objectifs et d'actions, consacre un volet spécifique à l'alignement. Il consiste à expliciter en quoi le dit-projet, au-delà des objectifs à atteindre, permet un alignement de certaines de ses composantes avec celles d'un autre programme ou celles du système de santé en précisant ce que l'alignement est susceptible de produire, de transformer et les effets attendus mesurables en termes de gain d'efficacité ou d'efficience pour le patient et pour le système de santé.

De façon opérationnelle, la démarche d'alignement consiste à examiner comment au sein de chaque projet, les composantes des programmes s'articulent aux composantes du système de santé et comment les composantes d'un programme s'articulent à celles d'un autre programme²². Si les six composantes d'un système de santé résilient et pérenne (gouvernance et leadership, financement, ressources humaines, système d'information sanitaire, offre de soins et infrastructure-équipement-médicaments- consommables médicaux) existent au sein d'un programme, elles ne s'alignent pas de façon exhaustive avec les composantes d'un autre programme (tuberculose et VIH par exemple) au sein de chaque projet. Par exemple dans le projet RAFAScreen, l'alignement de la composante offre de soin entre tuberculose et VIH ou entre tuberculose et diabète se fait sur le diagnostic mais pas sur le traitement car le traitement n'était pas délivré pour plusieurs problèmes de santé en un guichet unique. Également, aucun alignement n'était prévu dans le projet RAFAScreen pour les composantes gestion des médicaments antituberculeux, ARV et antidiabétiques avec les autres médicaments essentiels ou sur la composante gestion des informations des 3 pathologies au sein du SNIS. Dans chaque projet, il importe d'identifier les piliers du système de santé ou du programme ciblé qui méritent d'être alignés.

La démarche demande de communiquer largement sur le développement, la mise en place du projet et l'analyse des résultats en incluant tout au long du processus tous les partenaires.

Dès lors que les bases d'un projet s'élaborent dans un cadre de recherche opérationnelle ou entre décideurs des programmes nationaux par exemple, l'ébauche du projet doit être partagée avec les bénéficiaires opérationnels dont les professionnels du champ sanitaire, du champ social et les usagers, afin de finaliser la proposition avec toutes les parties prenantes.

Une circulation réciproque de l'information et visible par tous les acteurs engagés

Les multiples acteurs, intervenants ou bénéficiaires, liés au projet y occupent une fonction distincte et spécifique. Lorsque les informations produites par les différentes actions et activités du projet sont accessibles à l'ensemble de ces acteurs de façon régulière, nous constatons qu'ils agissent de façon plus adaptée et plus engagée dans le projet.

Les types d'informations à faire circuler sont variés. Il peut s'agir de résultats chiffrés intermédiaires, de rendus d'évaluation, de prises de décisions issues des comités de pilotage, d'activités déployées. Toutes les informations doivent être rendues visibles qu'elles fassent ou pas apparaître des dysfonctionnements.

Les informations transmises dans le projet DEPISTENEO ont conduit à des stratégies correctrices pour améliorer la qualité de la saisie des données numériques (accompagnement renforcé des assistantes sociales et des conseillères communautaires en

²² Articulation entre PLNS et PNVHB dans le projet DEPISTENEO, entre PNLT, PNLS, PNLMT dans le projet RAFAScreen, SNIS, Ecole Santé Publique, PNLT, PNLS et PNLP pour ESP, Direction des médicaments et programmes 3 pandémies pour ESTHER/GAS

charge de saisir les données des patientes dans les fichiers d'information numériques) et tenter de limiter le nombre de femmes perdues (mise en place de visite à domicile). Cependant, s'il a diminué le nombre de perdues de vue est resté important. La diffusion partielle des informations issues des stratégies correctrices a certainement contribué à ne pas optimiser les dispositifs correctifs mis en place.

Les informations du projet RAFAScreen sur le processus de mise en place ont été correctement diffusées à travers un bulletin trimestriel, toutefois ces informations ne renseignaient pas sur l'analyse des résultats intermédiaires qui auraient permis d'augmenter l'intérêt des acteurs. Le résultat final n'avait pas été rendu au moment de l'évaluation finale par TeAM.

Le projet ESP n'a fourni aucune information aux programmes tuberculose et paludisme se limitant à un seul programme (VIH) en contradiction avec le principe de rapprochement des systèmes d'information des 3 programmes.

De façon plus large, faire circuler les informations de façon régulière entre tous les acteurs contribue à produire la confiance entre les intéressés et contribue à la réussite du projet. Il importe donc de prévoir les circuits afin de faire circuler l'information et d'être en capacité de les évaluer.

3.3.4 Quels indicateurs pour suivre l'alignement des composantes des programmes entre elles et avec les piliers du système de santé

La mise en place du comité TB/VIH dans chaque pays avait pour but de rapprocher les programmes TB et VIH pour traiter le même patient atteint par les 2 pathologies. Les objectifs de collaboration étaient mesurés par 3 indicateurs de performance pour la TB et 2 indicateurs pour le VIH (% de personnes souffrant de TB testées pour le VIH, % TB/VIH positif mis sous traitement ARV, % de PVVIH revus systématiquement pour la TB, % PVVIH sans symptôme évocateur de TB asymptomatique mis sous prophylaxies). La collaboration a été promue par l'OMS et ONUSIDA pendant plus d'une décennie au travers d'une collaboration sur la production de normes communes aux 2 programmes, avant d'atteindre un rapprochement vers un guichet unique de soins pour les 2 pathologies. Les indicateurs techniques de collaboration ont été liés aux décaissements des financements par leur inscription dans le cadre de performance du Fonds mondial.

Cet exemple montre que l'alignement ne peut pas aboutir sans un effort important et conjoint des partenaires, des financeurs, des acteurs et des bénéficiaires. Il pourrait être repris par les pays, les financeurs bilatéraux et internationaux, les organismes internationaux en charge de l'établissement des normes pour permettre l'alignement des composantes des 3 programmes entre elles et sur les piliers correspondant du système de santé. Les indicateurs d'alignement des soins, d'alignement des systèmes d'information sanitaire, d'alignement de la gestion des médicaments, d'alignement des financements et des ressources humaines entre les 3 pandémies et sur les piliers correspondant du système de santé doivent être définis pour être ensuite mesurés et suivis. Ces indicateurs existent dans chaque programme et peuvent être utilisés dans le cadre de performance du Fonds mondial pour suivre l'alignement des composantes programme sur les 6 piliers. Les indicateurs de la gouvernance sont plus difficiles à définir et devraient être confiés au CCM.

A ce jour, chaque programme utilise des indicateurs différents pour mesurer l'évolution des maladies spécifiques dont il a la charge. De surcroît, les indicateurs permettant de mesurer la CSU et répondant à une démarche du renforcement des systèmes de santé, se distinguent de ceux utilisés par les programmes qui mesurent séparément la tuberculose, le VIH ou le paludisme.

Le partage des données et les indicateurs

Le partage des données et l'analyse des indicateurs apparaissent comme les étapes indispensables à la réussite du processus d'alignement promu par les projets évalués.

D'une part, l'identification des indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'alignement doit se produire au moment de construire le volet spécifique "alignement du projet". Il ne s'agit pas d'aligner des composantes non liées au projet mais de se concentrer sur celles spécifiques au projet. Les indicateurs permettent de promouvoir et de suivre l'alignement des composantes du projet, d'évaluer la dynamique et de mesurer l'effet de l'alignement. Par exemple, le projet RAFAScreen aurait pu inclure un indicateur sur l'offre de soins complète diagnostic et traitement tuberculose et diabète ou tuberculose et VIH voire le ratio de soins complets offert sur le site ou sur le même guichet de soins. Le projet ESP aurait pu inclure le ratio de données des 3 pandémies incluses dans le DHIS2 et réciproquement l'utilisation des données DHIS2 dans les rapports trimestriels ou mensuels transmis aux unités centrales des 3 programmes.

D'autre part, il est nécessaire de prévoir de façon systématique, les données agrégées partagées entre les projets et le Système National d'Information Sanitaire, du SNIS aux projets et du SNIS aux programmes, chacun décrivant réciproquement les circuits de transfert des données. A l'avenir, ce partage devra concerner les données individuelles des projets et celles du DHIS2 tracker au sein du SNIS et des programmes. Dans cet exercice, il s'agit d'harmoniser le partage des données des projets à ceux des programmes nationaux et ceux du SNIS lorsqu'ils mesurent des items similaires ou de les ajuster les uns aux autres afin de permettre une analyse alignée sur la transmission des données et l'alignement des indicateurs permettant un alignement entre les composantes de plusieurs programmes et/ou celle du système de santé. Dans le projet DEPISTENEO, il semble que la transmission des données fournies par le projet au SNIS se soit faite sans pour autant qu'un indicateur ait permis de suivre et d'évaluer cette activité qui illustre particulièrement la dynamique d'alignement.

Les données et indicateurs des autres composantes sur la gestion et les financements sur la coordination et la gouvernance sur les ressources humaines entre plusieurs programmes ou entre programmes et système de santé n'ont pas été abordées dans les 4

projets. Les 6 composantes du système de santé et leurs indicateurs mériteraient d'être abordées dans les projets ayant des objectifs d'intégration même si les projets reconcernent qu'une seule composante. Le projet ESP grâce au logiciel DHIS2 aurait pu permettre un alignement de la composante SIS pour 3 programmes avec des indicateurs communs aux 3 programmes, ESP n'avait probablement pas la légitimité auprès des 3 programmes pour y arriver mais cette approche reste une priorité à décliner dans les pays et les futurs projets grâce à l'outil DHIS2. La composante offre de soins élargie au VIH et à la tuberculose à travers un guichet unique ou par une collaboration entre services TB et VIH est en place dans la plupart des pays du monde depuis plus de 10 ans et peut être étendue à d'autres services en particulier aux soins maternels infantiles. L'initiative du Fonds mondial dans 25 pays prioritaire pour financer des plans comprenant les 3 pandémies et les soins maternels lors de la prochaine subvention triennale est un exemple où les composantes et leurs indicateurs doivent être alignées.

3.4 Plusieurs opportunités manquées des projets évalués

3.4.1 Les synergies insuffisantes avec les programmes comme le PEV, la SMNI, et les problèmes de santé majeurs

Chaque partenaire est assigné à un rôle et nous avons indiqué en supra (cf. 3.2.2) que si l'absence d'un des partenaires pressentis n'entravait pas la poursuite d'un projet, elle limitait la démarche d'alignement. De la même façon, les choix partenariaux déterminent les résultats des projets par les synergies que les partenariats produisent.

L'évaluation du projet DEPISTENEO confirme que la salle de naissance est un lieu pertinent pour élaborer des projets qui traitent le couple mère enfant susceptibles de promouvoir des politiques de prévention et de dépistage liées ou pas à une problématique de transmission de la mère à l'enfant. De surcroît, il montre la faisabilité d'intervenir en salle de naissance sur des sujets qui ne traitent pas exclusivement la maïeutique. Dans cette logique, plusieurs collaborations se sont avérées pertinentes entre les programmes VIH et VHB ainsi qu'entre les services de pédiatre, de gynéco-obstétrique et de gastro-entérologie au CHU de Cocody.

Si le projet a montré sa pertinence, reste une marge de manœuvre pour le rendre plus efficace et pérenne (cf. notation B dans le tableau synthèse en page 9). L'évaluation souligne l'absence de liaisons avec le programme SMNI et dans une moindre mesure avec le PEV. A titre d'exemple, les représentants de ces programmes n'ont participé à aucune réunion de comité de pilotage ou de comité scientifique du projet.

Il ne fait pas de doute que ce partenariat aurait permis de mesurer l'amélioration globale de l'état de santé des femmes enceintes (réduction transmission, diminution de la charge virale...) d'une façon plus systémique en corrélant les indicateurs liés à la PTME VIH et VHB aux indicateurs nationaux de la SMNI.

Également proposer des stratégies de pérennisation sur une thématique maïeutique qui incluent la SMNI est plus en adéquation avec une démarche de santé publique globale lorsqu'elle inclut les stratégies promues par le programme SMNI. Comment élaborer un projet d'extension régional ou d'un passage à l'échelle adapté à l'environnement local sans engager les acteurs de la direction santé de la mère et de l'enfant ? Ces derniers restent légitimes pour renseigner sur le choix des zones d'intervention, la cartographie des disponibilités en ressources humaines, les problématiques locales d'accès aux soins périnataux... ?

Nous faisons le même constat pour le PEV qui jusqu'alors conduit plutôt sa politique nationale d'inscription du vaccin à J0 des nouveau-nés contre l'hépatite B sans nécessairement faire le lien avec les programmes qui facilitent le lien de la mère à l'enfant. La logique de cloisonnement telle que l'a indirectement présentée le représentant du PEV aux experts de la mission d'évaluation, prive le PEV de s'appuyer sur un projet qui a su valoriser l'importance du dépistage de la prévention de l'hépatite B et de l'importance de la vaccination à la naissance auprès des familles et des professionnels bénéficiaires.

3.4.2 L'approche des sciences humaines de l'anthropologie et de la psychologie

L'évaluation de ces trois projets financés par EF cherchant à valoriser l'alignement des programmes dans le système de santé, montre la complexité à mettre en place de tels projets. L'évaluation transversale de ces trois projets et d'Esther/Gas montre la subtilité à dégager des projets, les socles communs sur lesquels capitaliser et construire les recommandations auprès d'Expertise France et des promoteurs des projets.

Les difficultés identifiées par les experts évaluateurs sont d'ordre contextuel ou structurel, liées à des enjeux de politiques sanitaires portées par des directions de santé, des programmes, des chefferies de service ou des organisations de travail.

Autant qu'elles soient repérées, ces difficultés sont sous-tendues par des personnes et des collectifs qui agissent de manières différentes pour des raisons distinctes.

L'apport des sciences sociales permet de recueillir des données qualitatives liées aux perceptions et aux ressentis des personnes qui déterminent les représentations sur les thématiques étudiées. L'intégration des programmes et les systèmes de santé sont les thématiques premières de cette évaluation tandis que celles liées aux maladies et à la naissance dans un contexte de dépistage viennent en seconde intention.

Au cours de cette évaluation, l'analyse anthropologique²³, bien que limitée, a permis de rendre compte de la compréhension hétérogène du terme « intégration ». Dans le projet DEPISTENEO, le seul ayant bénéficié d'une dimension évaluative anthropologique, des informations d'ordre sociologique plus spécifiques ont été fournies. Elle a fait apparaître l'éventail de collaborations variables entre services, des obstacles techniques et logistiques qui prennent en compte les vécus des personnes engagées et les circuits de soins des patientes selon les différentes étapes de leur prise en charge (salle de naissance, suivi postnatal, passage en néonatalogie, passage en service de gastroentérologie).

Globalement elle a clairement un rôle explicatif et analytique de ce qui se joue dans la dynamique de prise en charge et contribue à mieux comprendre les comportements des personnes. En identifiant les dysfonctionnements, elle peut faire apparaître des préjugés et des stéréotypes réciproques entre les personnels de santé des différents programmes, qui peuvent être modifiés dans de futures interventions, ou pris en compte dans des mesures correctrices en cours de projet. Reprenant exemple sur le projet DEPISTENEO, la proposition retenue de mettre en place des visites à domicile pour limiter le nombre de femmes perdues de vue aurait gagné à intégrer une dimension anthropologique pour rendre plus optimale cette stratégie. Faute d'indicateur, l'évaluation n'a pu mettre en évidence le volume de femmes « récupérées » par le déplacement au domicile des conseillères communautaires et aux dires des acteurs rencontrés, la stratégie ne semble pas avoir été performante. Etudier en amont les déterminants sociaux favorables ou faisant obstacles à l'intervention aurait orienté la mise en œuvre de la stratégie. De surcroît, la démarche anthropologique aurait pu faciliter l'engagement des programmes SMNI et PEV lors du montage partenarial du projet.

De façon plus large, les sciences sociales permettent une approche globale des projets qui tiennent compte des dimensions sociales, culturelles, cognitives et affectives des personnes engagées et/ou concernées par les différentes phases des projets. Les sciences sociales éclairent autant sur les attitudes socioculturelles des patient.e.s et familles bénéficiaires que sur les comportements des professionnels déterminés par des normes cognitivo-techniques et les normes sociales bien souvent partagées avec les bénéficiaires. Ainsi, elles mettent en évidence les freins et les obstacles à la réussite des projets et repèrent les leviers potentiels facilitant la transformation des comportements et changement de normes susceptibles d'améliorer la santé des personnes prenant en compte les « sensibilités » des professionnels.

Décaler le regard sur cette évaluation pour adopter une posture strictement anthropologique montre qu'une succession d'occasions ont été manquées pour optimiser la conduite des projets et leur résultats déclinés en pertinence, efficacité, efficience, flexibilité, durabilité et pérennité. Dans ces projets, la dimension anthropologique a fait défaut en début et en cours de projet. En début de projet, elle consiste à réaliser un diagnostic sociologique situationnel systématique. Dans le projet DEPISTENEO, l'analyse aurait par exemple mis l'accent sur le manque de visibilité partenariale des programmes SMNI et PEV et aurait intégré des stratégies d'engagement. En cours de projet, elle consiste à participer à l'évaluation à mi-parcours, à contribuer à l'accompagnement des professionnels et à l'adhésion des bénéficiaires au projet. Elle facilite la communication entre les acteurs fondée sur une forme de traduction réciproque informelle des discours des uns et des autres jusqu'à construire une culture partagée productrice de confiance. L'intervention anthropologique en cours de projet permet une forme de décodage des discours d'acteurs évoluant dans des univers de pensée juxtaposés qui ne partagent pas nécessairement toutes leurs normes d'être et leurs pratiques d'agir.

Ainsi l'approche anthropologique peut contribuer à l'élaboration de stratégies qui permettent d'atteindre plus facilement les objectifs d'amélioration de santé ciblés par les projets.

3.4.3 Les analyses coût-efficacité négligées et la pérennité financière en question

L'intégration des services dans une démarche de services centrés sur le patient, et le décloisonnement des programmes n'est pas chose aisée ni innée, comme le montrent les analyses précédentes. C'est pourquoi l'argument financier de l'efficience de ces démarches se révèle crucial. Les ressources disponibles sont en quantité finie, ce qui implique que les ministères de la santé sélectionnent une action tout en renonçant à d'autres actions possibles (coût de renonciation). L'analyse économique est un outil d'aide à la décision qui clarifie les positions et les enjeux des acteurs. Cet outil a clairement manqué dans ces projets, ce qui ne permet pas aujourd'hui d'affirmer que ces interventions intégrées sont économiquement rentables pour une mise à l'échelle.

Pour de futures interventions dans le domaine du renforcement du système de santé, l'analyse financière est indispensable, et doit être promue par l'Initiative 5%. Elle permettra de produire des évidences encore manquantes sur la valeur ajoutée des interventions testées sur un mode de projet pilote ou innovant, et donnera également aux partenaires financiers (en particulier le Fonds mondial), des informations précieuses dans l'analyse de la question du financement de la santé dans les pays à faibles ressources.

Il existe plusieurs méthodologies contribuant à définir le bénéfice, l'utilité ou l'efficacité des interventions de santé, chacune

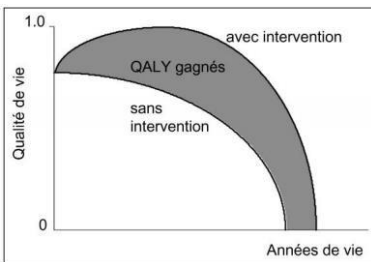
²³ L'analyse anthropologique consiste à étudier une problématique en documentant les logiques d'acteurs à partir de leurs contextes socioculturels. Dans le champ de la santé, il s'agit d'analyser comment tout événement touchant le corps biologique a un sens social qui influe sur les politiques de santé. La démarche méthodologique est qualitative, elle consiste à observer les jeux d'acteurs et à réaliser des entretiens semi-directifs pour recueillir « de l'intérieur » les données sur les groupes sociaux étudiés.

répondant à une question spécifique autour du gain pour le système de santé et pour le patient d'une intervention donnée. Aucun des 4 projets n'est parvenu à mener une analyse de ce type, par manque de temps ou de méthodologie adéquate, mais les outils existent et peuvent être adaptés aux projets financés par l'Initiative 5% dans le champ du renforcement du système de santé. 4 grandes méthodologies sont aujourd'hui disponibles pour renseigner sur les différents aspects de l'efficience :

- **L'étude de coût-efficacité**, qui cherche à démontrer que l'intervention est la plus efficace possible au vu des ressources engagées (comprises comme le temps, l'énergie ou la matière première). Cette approche permet de comparer des interventions qui diffèrent à la fois par leurs coûts et leur efficacité. La comparaison entre traitements porte alors sur les ressources qu'il faut engager pour améliorer d'une unité la mesure de résultat. On calcule donc un coût par guérison obtenue par cas dépisté. Il n'est pas nécessaire que les interventions soient d'efficacité égale. Une analyse coût-efficacité est indiquée, par exemple, lorsqu'une intervention est moins chère, mais aussi moins efficace qu'un autre traitement. Il faut seulement que les interventions comparées entraînant une modification de même nature de l'état de santé. Dire d'une mesure qu'elle est efficace, c'est dire qu'elle en vaut la peine, par rapport à d'autres usages possibles des mêmes ressources. Bien que le coût soit généralement exprimé en argent (euros, dollars, francs CFA...), ceci est une simplification. Ce qui compte vraiment, c'est le coût de renonciation (« opportunity cost » en anglais) : le sacrifice que l'on concède en renonçant à la première alternative préférée après l'activité choisie. Transposé aux projets DEPISTENEO ou RAFAScreen, la question serait donc de savoir à quoi renoncent les programmes pour coordonner leurs actions dans une porte d'entrée unique (maternités pour le projet DEPISTENEO avec un test de dépistage VIH et VHB ; consultation de diabète avec un dépistage du VIH et de la TB) pour RAFAScreen. Il convient également de distinguer entre coût à la production, qui représente les ressources engagées par le producteur du bien ou service, et prix facturé, qui correspond à la somme exigée en échange d'un bien ou d'une prestation. Coût et prix ne sont pas toujours concordants. C'est notamment le cas pour les tarifs forfaitaires. Une somme fixe est alors facturée (dépistage et traitement, ou encore consultations et examens biologiques), quelles que soient les ressources réellement consommées durant cette journée. Il est à noter que la définition des centres de coût est en soi l'objet de débat, puisqu'aux coûts directs s'ajoutent des coûts indirects (correspondent aux conséquences financières de l'intervention médicale en termes d'absentéisme, de diminution de la productivité pendant les heures de travail, de manque à gagner par renoncement à certaines activités professionnelles) et le coût intangible (traduction en francs l'importance de la douleur ou de l'anxiété éventuelles causées par l'intervention). Par ailleurs, les coûts d'une intervention varient selon la perspective adoptée. Ainsi, le patient, le médecin, l'administrateur d'hôpital, la caisse d'assurance maladie, le décideur politique et le contribuable supportent chacun des coûts différents. Pour le patient, les coûts d'une intervention correspondent à la somme payée de sa poche, augmentée d'éventuels coûts indirects (frais de transport, absence du lieu de travail, etc.). On a vu que dans le cas de DEPISTENEO et RAFAScreen, le coût du dépistage VIH et des traitements sont à la charge du patient. Dans le cas du traitement de l'hépatite B dépistée chez mes mères et les nouveau-nés enrôlés dans le projet DEPISTENEO, le coût du traitement s'est répercuté sur les patientes séronégatives alors qu'une négociation avec le PNLs aurait pu aboutir à un achat groupé du Ténofovir par le PNLs et le PNLH.

- **L'étude de minimisation des coûts** vise à comparer les coûts respectifs d'interventions auprès des mêmes patients, et dont les résultats en termes de santé sont identiques. Dans le cas du projet DEPISTENEO, cette étude aurait peu de sens puisqu'il est à parier que le dépistage de l'hépatite B auprès des mamans et de leur bébé n'aurait jamais été effectué si le projet n'avait pas été mené. Pour RAFAScreen en revanche, cette étude pourrait revêtir un intérêt : comparer le coût pour un patient d'être dépisté au sein du programme de lutte contre la TB, versus être dépisté dans un centre VIH ou un hôpital. Cette approche n'est appropriée que lorsqu'il est établi que les stratégies examinées ont la même efficacité.

- **L'analyse coût-utilité** intègre tous les résultats relatifs à la santé dans une mesure synthétique, transposable à des problèmes cliniques différents. Par exemple, on peut évaluer l'effet conjoint d'un traitement sur la durée et la qualité de vie, en calculant les années de vie ajustées pour la qualité, ou QALY (acronyme anglais de « quality-adjusted life-years »). Les QALY pondèrent le nombre d'années de vie vécues par le niveau de bien-être éprouvé au cours de ces années. On peut calculer un coût par QALY pour des interventions aussi diverses que la transplantation cardiaque, le traitement de l'hypertension et l'appendicectomie.



- **Enfin, l'analyse coût-bénéfice** adopte la perspective la plus globale, en chiffrant les résultats des interventions en unités monétaires. Ceci permet d'élargir encore les questions que l'on peut explorer : il devient notamment possible de comparer le rendement des investissements consacrés aux soins avec celui d'investissements dédiés à d'autres secteurs d'activité (éducation, prévention par exemple). Plusieurs méthodes existent pour chiffrer la valeur d'un résultat de santé. Une étude coût-bénéfice du dépistage du VIH doit estimer ce que « vaut » chaque année de vie avec la maladie évitée. Dans le cas de RAFAScreen et de DEPISTENEO, il est clair que le dépistage par portes d'entrées de pathologies telles que le diabète ou l'hépatite B représente un bénéfice important au regard de la chronicité de la maladie, de son incidence, et des efforts déployés pour la prévenir.

Cependant, l'analyse économique présente également des faiblesses. Plusieurs problèmes méthodologiques persistent. C'est en particulier le cas de l'évaluation de l'utilité de différents états de santé ou de l'attribution d'une valeur monétaire à ces mêmes états. Les analyses présentées supposent l'existence de valeurs communes et consensuelles dans la société ; la variabilité des préférences individuelles est ignorée. Elles négligent également les plus-values comme l'écoute, l'empathie, et l'information que les soignants apportent à leurs patients et qui sont cruciaux dans des pathologies comme le VIH ou la TB qui sont discriminantes pour les personnes qui en souffrent. Plus grave, l'analyse économique ne perçoit que le bien-être total apporté par une intervention, mais pas sa répartition dans la population ; la notion d'équité n'est pas prise en compte, ce qui doit être corrigé dans le contexte des pandémies et dans des pays où les discriminations envers certaines catégories peuvent être fortes (femmes, enfants, populations clés, population rurales ou enclavées). Finalement, l'analyse économique n'élimine pas le besoin de faire des choix politiques, basés sur des jugements de valeur : par exemple, elle ne dit pas à partir de quelle limite une faible efficience doit être jugée inacceptable. Elle permet cependant de créer et synthétiser une information dont les décideurs politiques et bailleurs ne devraient pas se passer lorsqu'ils établissent des priorités et allouent des ressources dans le domaine de la santé.

3.4.4 La valeur ajoutée de l'15% dans le processus d'intégration

En lançant en 2014 un appel sur l'intégration des programmes verticaux dans le système de santé, l'Initiative 5% s'inscrivait dans la volonté actuelle des PTF de financer des projets qui contribuent à renforcer le système de santé dans ses 6 piliers. Au cœur de cette analyse, figure la redynamisation du système de santé, à travers un paradigme évalué dans chaque projet. L'intégration ou l'alignement est apparu comme un ensemble de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration entre différents programmes de santé offrant des prestations centrées sur les usagers de soins ou les patients. Ainsi, le niveau d'intégration peut être différent : un système intégré peut reposer sur des liens ou des organisations pour coordonner les prises en charges entre différents secteurs, ou bien être complètement intégré avec des ressources partagées entre les différents secteurs et utilisées au mieux de l'efficacité et de l'efficience.

L'alignement peut également aller jusqu'à une même appartenance des structures, avec fusion des prestations et des financements. L'organisation est ainsi à même de fournir à ses usagers le continuum des services médicaux et sociaux dont ils ont besoin. Cette approche innovante doit s'accompagner d'une révision des paquets minimum d'activités, par niveau de soins, pour y intégrer les activités de prévention et soins des programmes de santé prioritaires. En effet, ces programmes trop verticaux ne parviennent pas à atteindre tous les bénéficiaires qui en ont besoin.

La contribution de l'Initiative 5% à ce processus d'alignement a porté sur 2 axes principaux :

- L'opérationnalisation de cette volonté d'alignement, sur des schémas différents : collaboration des programmes TB/VIH et diabète pour le projet RAFAScreen, collaboration entre les 3 programmes pandémies pour l'ESP, et coordination entre programme VIH et PEV pour le projet Depistneo. Ces 3 modèles ont montré leurs avantages et leurs limites, et constituent une base de discussion précieuse sur laquelle engager des débats avec le reste des PTF (en particulier les bailleurs tels que le Fonds mondial ou GAVI, l'OMS et l'Onusida), et les ministères des pays concernés.
- La mise en lumière des difficultés opérationnelles que ces stratégies d'alignement comportent, en particulier dans le domaine de la formation des professionnels de santé. L'absence de formation du personnel TB à la prise en charge du diabète et du personnel diabète à la TB est une limite à l'extension des soins conjoints TB et diabète dans le projet RAFAScreen. Meme si ce point n'est pas inclus dans le projet c'est un obstacle à l'alignement dans la mise en œuvre de cadre de concertation et d'action coordonnée à tous les niveaux. La formation conjointe VIH et hépatite est un obstacle mentionné dans le projet DEPISTENEO

Mais le rôle de l'Initiative 5% ne s'arrête pas là, celui-ci est crucial pour continuer les efforts engagés, dans la promotion des axes suivants :

- Une offre de services d'assistance technique pour les pays qui souhaiteraient s'engager dans cette voie : à partir des éléments saillants et des besoins d'accompagnement identifiés (en termes de formation du personnel, de rédactions des documents cadre et des plans stratégiques...), l'Initiative peut jouer un rôle crucial d'accompagnement du déploiement de services alignés par la mise à disposition d'assistance technique.
- Une amélioration des modèles déjà testés par une intégration systématique et obligatoire des acteurs de la société civile (qui sont des acteurs du système de santé à part entière), qui restent des partenaires privilégiés de l'Initiative 5%. Cette contribution de la société civile (acteurs communautaires) est capitale pour promouvoir l'offre de services renouvelée et accompagner les populations défavorisées vers cette offre pour permettre une prise en charge de qualité et durable.
- Enfin, un plaidoyer auprès du Fonds mondial pour que les approches innovantes testées dans le cadre de cet appel soient inscrites dans les notes conceptuelles pour être mises à l'échelle dans le cadre des prochaines subventions qui débiteront en 2021. L'intégration d'activités de santé materno-infantiles dans la lutte contre les pandémies est l'une des propositions du Fonds mondial pour accélérer l'alignement des programmes.

4 Recommandations

4.1 Sémantique de l'alignement

La question n'est plus de choisir entre le renforcement sélectif *vertical* ou global *horizontal-intégré* mais d'analyser l'interaction entre composantes des programmes et les piliers du système de santé. Pour contribuer à la stratégie visant à « en finir avec les trois pandémies », l'Initiative 5% et le MEAE doivent s'attacher à trouver la « juste » complémentarité pour atteindre l'équilibre entre le verticalisme et l'alignement. Positionner le patient au centre des 3 pandémies est le moyen de garantir l'alignement et l'harmonisation des approches verticales et horizontales.

L'intégration a laissé place aux termes alignement, harmonisation et contribution²⁴ moins connotés d'idéologie et de tensions survenues dans le passé.

Recommandation 1 : L'Initiative 5% doit remplacer dans ses appels à projet le terme intégration par alignement et doit promouvoir ce changement de paradigme auprès des instances de tutelles et dans la stratégie bilatérale française en santé mondiale. Le « alignement » est plus à même pour engager le dialogue et l'harmonisation des composantes des programmes des 3 pandémies entre elles et avec les 6 piliers du système de santé.

4.2 Promouvoir l'alignement

Les comités de suivi technique TB/VIH dans les pays ont montré leur efficacité pour rapprocher les composantes des programmes TB et VIH. Ce modèle, soutenu par l'OMS, ONUSIDA, le Fonds mondial, mis en place dans tous les pays à forte endémies TB et VIH, pourrait servir d'exemple pour aligner les 3 pandémies. La stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021²⁵ s'articule autour de quatre priorités dont la première est de « renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies ». Cette double priorité sur le renforcement des programmes verticaux et sur le renforcement du système de santé correspond à la tendance mondiale mais n'aborde pas comment la liaison entre programmes et système de santé sera mise en place.

Recommandation 2 : L'Initiative 5% doit promouvoir auprès de l'OMS, des ministères de la santé dans les pays ou des projets long terme financés, des instances de tutelle et dans la stratégie bilatérale en santé mondiale, la mise en place d'un comité technique d'alignement des 3 pandémies (ou plus de 3 pandémies) pour promouvoir et suivre l'alignement des composantes des 3 pandémies entre elles et dans les piliers respectifs du système de santé. Les comités d'alignement doivent définir des indicateurs d'alignement des soins, des systèmes d'information sanitaire, de la gestion des médicaments, des financements et des ressources humaines des programmes entre eux et avec les piliers correspondant du système de santé.

4.3 Appel à projet

Recommandation 3 : dans le cadre des futurs appels à projets, l'Initiative 5% doit :

- Inclure dans les TDR des appels à projet long terme, une partie spécifique sur l'alignement des composantes (ou piliers) de santé concernés par les projets soumis, en incluant une définition explicite de l'alignement et non plus de l'intégration ;
- Encourager les postulants à soumettre des projets qui comportent un alignement (ou harmonisation ou collaboration) d'une des 6 composantes (ou pilier) de la santé définie par l'OMS entre plusieurs pandémies (eg système d'information sanitaire pour le VIH, la TB et le paludisme) ou d'une des 6 composantes de la santé pour une pandémie avec la composante du système de la santé concernées (eg système d'information sanitaire pour le VIH et le SNIS Système national d'information sanitaire)
- Demander aux postulants d'inclure les représentants d'associations de patients, de femmes et de la société civile dans toutes les étapes des projets soumis de la phase d'élaboration, au suivi et à l'évaluation pour suivre l'alignement, ce qui n'a pas été le cas dans les 4 projets évalués ;
- Demander aux postulants d'inclure l'analyse anthropologique aux différents stades des projets afin de mieux prendre en considération les environnements sociaux susceptibles d'influer sur les projets ;
- Prévoir le renforcement spécifique des capacités et les compétences du personnel de santé à travers un référentiel cognitif et organisationnel permettant des interventions de qualité capable d'assumer l'alignement des programmes maladies au système de santé ;
- Exiger un analyse coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice des interventions qui privilégient l'alignement afin de

²⁴ Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All Uniting to accelerate progress towards the health-related SDGs WHO, 2018.3

²⁵ https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mondiale_web_cle863195.pdf

fournir des évidences permettant de comparer des interventions entre elles, et de guider les décisions en matière de priorité de financement.

Recommandation 4 : dans le cadre du suivi des projets RSS promouvant l'alignement, 'Initiative 5% doit

- Demander aux postulants des appels à projet de définir et mesurer les indicateurs CSU tels que recommandés par l'OMS (EB144/7 session du 14 décembre 2018)²⁶ et des indicateurs spécifiques aux projets proposés en établissant des cibles réalistes ;
- Engager les porteurs des projets choisis à intégrer des indicateurs sur l'alignement des programmes spécifiques maladies au système de santé ;
- Mesurer et rapporter de façon régulière les indicateurs de l'alignement lors de la mise en place des projets par des comités de pilotage, des comités scientifiques, des réunions de suivi etc. Ces indicateurs d'alignement concernent les 6 composantes de santé et devront être diffusés aux partenaires de mise en œuvre et aux autorités.

²⁶ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_12-en.pdf