

Face à face

Regards sur la santé

15 | 2019

Le Fonds Mondial vu d'Afrique

Les instances de coordination nationale, entre réseaux transnationaux et rapports de pouvoir (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)

Edited by **Fred EBOKO**

Fred EBOKO and Le Groupe "Gouvernance et sida en Afrique"

Le Fonds mondial vu d'Afrique: Les instances de coordination nationale, entre réseaux transnationaux et rapports de pouvoir (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun) (fr) [Full text]

Fred EBOKO and And the "Governance and AIDS in Africa group"

The Global Fund from an African perspective National coordination mechanisms, between transnational networks and power relationships (Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroon) (eng) [Full text]

PREMIERE PARTIE: LE FONDS MONDIAL, UNE ALLIANCE POLITIQUE INEDITE/ PART ONE: THE GLOBAL FUND, A NEW POLITICAL ALLIANCE

Fred EBOKO (IRD - Ceped) et le Groupe "Gouvernance et sida en Afrique"

Les antécédents et évolution d'un instrument de solidarité internationale (fr) [Full text]

Fred EBOKO and And the "Governance and AIDS in Africa group"

Background and evolution of an international solidarity instrument (eng) [Full text]

Stéphanie TCHIOMBIANO

Santé publique, approche privée : Le Fonds mondial et la participation des acteurs privés à la santé mondiale [Full text]

Stéphanie TCHIOMBIANO

Public health, private approach: The Global Fund and the involvement of private actors in global health (eng) [Full text]

DEUXIEME PARTIE: LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX DANS LES CCM, LA TENTATION BILATERALE/ PART TWO: INTERNATIONAL PARTNERS IN CCMS, BILATERAL TEMPTATION

Anne BEKELYNCK

La Côte d'Ivoire, un cas d'école des rapports de force PEPFAR – Fonds mondial (fr) [Full text]

Anne BEKELYNCK

Côte d'Ivoire, a case study of power relations PEPFAR - Global Fund (eng) [Full text]

Muriel SAME EKOBO and ABDOULKADRI

Les partenaires internationaux dans l'instance de coordination du Fonds Mondial au Cameroun : des reconfigurations à l'aune d'une gouvernance instrumentalisée [Full text]

Muriel SAME EKOBO and ABDOULKADRI

International partners in the Global Fund coordination mechanism in Cameroon: reconfigurations based on instrumentalized governance (eng) [Full text]

TROISIEME PARTIE: POUVOIRS PUBLICS ET SOCIETE CIVILE/PART THREE: PUBLIC AUTHORITIES AND CIVIL SOCIETY

William TCHUINKAM

Les pouvoirs publics dans le CCM du Cameroun : une surreprésentation stratégique [Full text]

William TCHUINKAM

Public authorities in the Cameroon CCM: strategic over-representation (eng) [Full text]

Anicet KABORE, Cyrille ENYU'U and Fred EBOKO

La question des populations-clés dans les ICN : les associations entre impératif de santé publique et enjeux idéologiques. Une comparaison Cameroun, Burkina Faso (fr) [Full text]

Anicet KABORE, Cyrille ENYU'U and Fred EBOKO

The question of key populations in CCMs: the associations between public health requirements and ideological issues. A comparison between Cameroon and Burkina Faso (eng) [Full text]

QUATRIEME PARTIE: NOTE DE POLITIQUE (POLICY BRIEF)

NOTE DE POLITIQUE [Full text]

POLICY BRIEF [Full text]

Remerciements / Acknowledgements [Full text]

Le Fonds mondial vu d'Afrique: Les instances de coordination nationale, entre réseaux transnationaux et rapports de pouvoir (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun) (fr)

Fred EBOKO and Le Groupe "Gouvernance et sida en Afrique"

- 1 La création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est à l'image de la naissance d'un être désiré, attendu, reporté, combattu et finalement consacré. Les conditions d'arrivée au monde de ce mécanisme de financement unique représentent les vicissitudes des relations internationales et les espérances du monde contemporain globalisé. Le présent dossier présente les résultats d'une étude menée sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et hépatites virales (ANRS). Il concerne quatre pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Cameroun. Il porte sur les rapports de force entre les différents acteurs qui composent les instances de coordination nationale (ICN) du Fonds mondial (Country Coordinating Mechanism – CCM). L'objectif principal des ICN/CCM dans tous les pays du globe où intervient le Fonds mondial consiste à réunir toutes les parties prenantes de la lutte contre les trois pathologies auquel le Fonds consacre son action et ses financements en vue d'en accroître l'efficacité.
- 2 Ces CCM représentent donc une instance de délibération multisectorielle (SPICER et al., 2010). Notre étude se propose d'analyser les relations qui lient ces différents acteurs, internationaux et nationaux, publics et non gouvernementaux dans le cadre d'activités qui aboutissent à la subvention accordée par le Fonds aux différents bénéficiaires dans les pays qui abritent ces CCM.

- 3 L'hypothèse centrale de ce travail postule que ce sont des rapports de force entre acteurs qui orientent la coordination et l'action des CCM. Cette hypothèse induit une sous-hypothèse : ces rapports de force varient en fonction de la trajectoire politique de chacun des États, au-delà du niveau de dépendance des pays vis-à-vis des ressources apportées par le Fonds. La place des pouvoirs publics est par définition centrale dans la mise en œuvre des politiques publiques. Pour autant, la manière dont les acteurs étatiques sont encadrés dans l'action publique en Afrique produit une gouvernance à plusieurs échelles (multi scalaire) au sein de laquelle les rapports de pouvoir dépendent de l'historicité des partenariats dans chacun des pays. Cette situation conditionne l'adhésion réelle ou la résistance passive des acteurs nationaux aux normes bureaucratiques et idéologiques qui fondent l'architecture et la dynamique des CCM.
- 4 Il est utile de présenter de manière synoptique, le contexte historique dans lequel le Fonds a vu le jour (EBOKO et al., 2015). Cette introduction permet ensuite de mieux appréhender la situation épidémiologique et politique dans laquelle le Fonds s'inscrit au sein de chacun des pays. Dans cette logique, la question des procédures (TCHIOMBIANO, NAY, EBOKO, 2018) et de l'assistance technique auprès des pays bénéficiaires du Fonds occupe une place importante. Elle met en lumière les relations partenariales et les réseaux transnationaux entre le Nord et le Sud, autant qu'elle permet d'analyser les ambitions diplomatiques que portent les pays du Nord, de manière intrinsèque. Ainsi, leurs déclinaisons dans les différents pays constituent un prisme de la tension qu'incarne le Fonds mondial dans les relations internationales et les politiques dites de « développement », entre l'option multilatérale et les dynamiques bilatérales. Ainsi, la Côte d'Ivoire incarne un cas atypique en Afrique de l'Ouest et du Centre. En effet, des quatre pays de notre panel, la Côte d'Ivoire est le pays dont la majorité des ressources destinées à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme provient de l'aide bilatérale américaine (le PEPFAR) : 78 %. Le Fonds mondial contribue à cet investissement à hauteur de 15 %. Ce qui différencie ce pays des trois autres qui dépendent en majorité de l'apport du Fonds. Cette balance entre l'action bi et multilatérale influence les jeux de pouvoir au sein des CCM et offre des éléments d'analyse pertinents pour chacun des pays de notre étude.

ABSTRACTS

Cette publication saisit l'opportunité de la Conférence de Recomposition des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour publier les premiers résultats qualitatifs d'une recherche menée sous l'égide de l'ANRS. Cette recherche a porté sur les Instances de coordination nationale (ICN – Country Coordinating Mechanism – CCM) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Le Fonds mondial vu d'Afrique

Le présent dossier vise à analyser dans quels contextes s'inscrivent les financements du Fonds mondial dans la région du monde la plus éprouvée par les pathologies auxquelles ce mécanisme doit sa naissance : l'Afrique subsaharienne. A partir des Instances de coordination nationale (ICN ou Country Coordinating Mechanism – CCM) qui forment les structures collégiales multi-acteurs

au sein desquelles s'organise la répartition des fonds assortie des plans d'action multisectoriels, ce dossier propose des études en aval, sur le « terrain » à partir de quatre pays : Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun. Ces derniers ont la particularité d'avoir connu des progrès importants imputables aux financements internationaux mais ils constituent également la zone grise dans laquelle ces progrès sont les plus lents : l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Cette recherche est issue d'un projet de recherche mené depuis 2015 grâce à un financement de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. Initialement consacré à trois pays le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Cameroun, ce travail collectif a été élargi au Burkina Faso à la faveur d'une recherche doctorale qui a rejoint les activités de recherche de ce projet.

Ce travail se présente en quatre parties. Il s'ouvre sur une présentation socio-historique du Fonds mondial. Cette partie articule la problématique de « l'alliance politique inédite » qu'est le Fonds avec la question des acteurs privés de ce mécanisme de solidarité internationale. La seconde partie se consacre à la tension entre le dessein multilatéral du Fonds et les enjeux bilatéraux qui unissent les partenaires africains et les agences de coopération des pays donateurs. La troisième partie concerne les rapports entre les pouvoirs publics et les organisations de la société civile, entre tensions et conciliations, notamment autour de la question des « populations-clés », et en particulier celle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). L'approche comparée dans ce cas éclaire les dynamiques idéologiques auxquelles sont confrontées les enjeux épidémiologiques. Le dossier se clôt par une courte note politique (Policy Brief) comportant des recommandations adressées aux CCM et au Fonds mondial, dans l'optique d'améliorer les rapports entre les différents acteurs.

INDEX

Mots-clés: Mots-clés : Fonds mondial - CCM/Instance de coordination nationale - Afrique - Rapports de pouvoirs - Coopération internationale

The Global Fund from an African perspective National coordination mechanisms, between transnational networks and power relationships (Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroon) (eng)

Fred EBOKO and And the "Governance and AIDS in Africa group"

- 1 The creation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria reflects the birth of a desired, expected, postponed, fought and ultimately dedicated being. The conditions for the arrival of this unique financing mechanism in the world represent the vicissitudes of international relations and the hopes of the contemporary globalised world. This dossier presents the results of a study conducted under the aegis of the National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS). It concerns four countries in West and Central Africa: Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso and Cameroon. It focuses on the power relations between the different actors that make up the Global Fund's *Country Coordinating Mechanism (CCM)*. The main objective of CCMs in all countries where the Global Fund operates is to bring together all stakeholders in the fight against the three diseases to which the Fund devotes its action and funding in order to increase their effectiveness.
- 2 These CCMs therefore represent a multi-sectoral deliberative forum (Spicer et al. 2010). The purpose of this study is to analyse the relationships between these different actors, international and national, public and non-governmental, in the context of activities that lead to the Fund's grant allocation to individual beneficiaries in the countries hosting these CCMs.
- 3 The central assumption of this work is that power relations between actors guide the coordination and action of CCMs. This hypothesis leads to a sub-hypothesis: these

power relations vary according to the political trajectory of each State, beyond the level of dependence of the countries on the resources provided by the Fund. The role of public authorities is central to the implementation of public policies. Nevertheless, the way in which state actors are framed in public action in Africa produces governance at several scales (multiscalar) within which power relations depend on the historicity of partnerships in each country. This situation shapes the real adherence or passive resistance of national actors to the bureaucratic and ideological norms that underpin the architecture and dynamics of CCMs.

- 4 It is useful to present in a synoptic way the historical context in which the Fund was created (Eboko et al., 2015). This introduction then provides a better understanding of the epidemiological and political situation in which the Fund operates in each country. In this context, the question of procedures (Tchiombiano, Nay, Eboko, 2018) and technical assistance to countries receiving grants is important. It highlights partnership relations and transnational networks between North and South, as much as it makes it possible to analyse the diplomatic ambitions of the countries of the North in an intrinsic way. Thus, their declension in different countries constitutes a prism of the tension embodied by the Global Fund in international relations and so-called "development" policies, between the multilateral option and bilateral dynamics. Thus, Côte d'Ivoire is an atypical case in West and Central Africa. Indeed, of the four countries on our panel, Côte d'Ivoire is the country whose majority of resources for the fight against AIDS, tuberculosis and malaria come from American bilateral aid (PEPFAR): 78%. The Global Fund contributes 15% of this investment. This differentiates this country from the other three countries, which depend mainly on the contribution of the Fund. This balance between bi and multilateral action influences the power play within the CCMs and provides relevant analytical elements for each of the countries in our study.

ABSTRACTS

This publication takes the opportunity of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria's Replenishment Conference to issue the first qualitative results of research conducted under the aegis of ANRS. This research focused on the Country Coordinating Mechanism (CCM) of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

The Global Fund from an African perspective

The purpose of this dossier is to analyse the contexts in which Global Fund financing is provided in the region of the world most affected by the diseases to which this mechanism owes its birth: sub-Saharan Africa. Based on the *Country Coordinating Mechanism* (CCM), which form the multi-stakeholder collegial structures within which the distribution of funds is organised, together with multisectoral action plans, this dossier proposes downstream studies, on the "ground" from four countries: Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso and Cameroon. The latter have the particularity of having experienced significant progress due to international funding, but they are also the grey area in which this progress is slowest: West and Central Africa.

This dossier is the result of a research project conducted since 2015 with funding from the National Research Agency on AIDS and viral hepatitis. Initially devoted to three countries: Senegal, Côte d'Ivoire and Cameroon, this collective work was extended to Burkina Faso through a doctoral research that joined the research activities of this project.

This work is presented in four parts. It opens with a socio-historical presentation of the Global Fund which articulates the problem of the "unprecedented political alliance" that the Fund is with the question of private actors in this mechanism of international solidarity. The second part focuses on the tension between the Fund's multilateral purpose and the bilateral issues that unite African partners and donor country cooperation agencies. The third part concerns the relationship between public authorities and civil society organizations, between tensions and reconciliations, particularly around the issue of "key populations", and especially that of men who have sex with men (MSM). The comparative approach in this case sheds light on the ideological dynamics facing epidemiological issues. The dossier concludes with a short Policy Brief with recommendations to the CCMs and the Global Fund to improve the relationship between the various actors.

INDEX

Mots-clés: Keywords: Global Fund - CCM/Country Coordinating Mechanism - Africa - Power Relationships - International Cooperation

Les antécédents et évolution d'un instrument de solidarité internationale (fr)

Fred EBOKO (IRD – Ceped) et le Groupe "Gouvernance et sida en Afrique"

- 1 L'avènement du Fonds mondial en 2002 clôt une période d'atermolements internationaux survenus au cœur d'une des tragédies les plus épineuses que le monde de la santé ait connues, la pandémie du sida. L'Afrique au sud du Sahara représente incontestablement l'urgence à laquelle la communauté internationale a dû tenter de répondre en inventant cet instrument de solidarité inédit dans l'histoire de la santé publique (DE COCK, MBORI-NGACHA, MARUM, 2002). Si la naissance du Fonds mondial inaugure une impulsion décisive dans la prise en charge et la prévention des trois pathologies auxquelles il est dédié, elle a connu des tentatives avortées, s'est heurtées à la *Real Politik* et aux intérêts financiers qui régissent l'économie néo-libérale. L'industrie pharmaceutique a ainsi constitué la clé de voûte du système (DIXNEUF, 2003a ; 2003b) au sein duquel le Fonds mondial s'est donné pour mission de frayer un chemin. Il s'est agi de permettre aux patients des pays pudiquement appelés « à ressources limitées » d'accéder aux soins et à survivre à une conjonction de menaces létales (MOATTI, 2013).
- 2 Le travail auquel des personnalités internationales ont consacré leurs forces et leur autorité intègre et dépasse de loin le seul champ de la santé. Pour que le Fonds mondial voie le jour, ces énergies ont puisé leur essence dans les vertus et les rouages de la diplomatie, se sont inspirées des joutes diplomatiques, ont activé des réseaux sociaux, inventé des nouveaux répertoires de l'action collective ou manipulé certains habits auxquels quelques opinions occidentales sont sensibles, comme la question de la sécurité (CHABROL, 2002). Le combat fut mené sur plusieurs fronts : des mobilisations collectives transnationales aux négociations diplomatiques menées par des professionnels de premier rang. L'idiome de la solidarité internationale fut loin de suffire face aux intérêts disparates. La bataille s'est pensée et s'est effectuée sur des bases politiques (BUSE ET ALTMAN, 2010).

- 3 En 1997, lors de la 10^{ème} Conférence internationale sur le sida et les maladies transmissibles en Afrique (CISMA) le ministre français de la santé, Bernard Kouchner et le président de la République Jacques Chirac lançaient à Abidjan l'idée d'un Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI). Il donna naissance à un champ en friches. En effet, l'initiative ONUSIDA à laquelle s'est adossée au départ le FSTI avait du plomb dans l'aile : le respect des brevets aux mains des grands laboratoires pharmaceutiques avec lesquels des accords furent signés (DESCLAUX *et al.*, 2002).
- 4 Les trois projets pilotes qui sont nés de cette initiative, en Côte d'Ivoire, en Ouganda et au Chili, produisirent une faible croissance du taux de patients sous traitements. En effet, le coût des traitements, bien que réduit, restait une barrière importante. Celle-ci constitua un filtre socio-économique, sans lien de cause à effet avec les critères cliniques d'éligibilité des patients au traitement.

Les contingences internationales face à un péril de santé publique

- 5 Dès la fin des années 1980 l'exécutif démocrate américain, notamment le vice-président Al Gore lança l'idée de soutenir la lutte contre le sida en Afrique, du fait des taux de séroprévalence dramatiques en Afrique australe. Il reçut une opposition ferme de la part des Républicains, dont un sénateur argua qu'il ne voyait pas en quoi les États-Unis étaient concernés par la mortalité liée au VIH/sida en Afrique. En revanche, les Républicains adhèrent sans grande réticence au projet destiné à la coopération afro-américaine en matière économique : *l'African Growth and Opportunity Act (AGOA, Loi sur le développement et les opportunités africaines)* ¹.
- 6 Entre-temps, les associations de lutte contre le sida en Europe et aux États-Unis s'engageaient pour une translation des efforts issus de la découverte des polythérapies antirétrovirales, du Nord vers le Sud (EBOKO, BOURDIER, BROQUA, 2011). Les diplomates leur embrayèrent le pas avec une mobilisation de personnalités pour laquelle le champ de la santé n'était pas le terrain de prédilection et dans lequel elles montrèrent une intelligence stratégique froide et pragmatique.
- 7 Dans ce registre, le sol américain constitua un beau théâtre des contournements de la diplomatie au cours de l'année 2000. L'ambassadeur des États-Unis auprès des Nations Unies à New York, Richard Holbrooke et le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, de retour d'une mission en Afrique australe, réussirent à inscrire la question du sida en Afrique dans l'agenda du Conseil de sécurité des Nations Unies. C'est la première fois dans l'histoire de l'ONU qu'une question de santé ressortit du registre du Conseil de sécurité, plus enclin à statuer sur des conflits armés.
- 8 Ainsi la résolution 1308 dudit Conseil a représenté une prise de conscience internationale au sommet de la puissance politique mondiale. Cette résolution, d'un point de vue médiatique, politique et diplomatique fait entrer la santé en Afrique dans le registre officiel des priorités auxquelles les pays industrialisés doivent s'atteler. Dans cette dynamique Kofi Annan va prendre son bâton de pèlerin et lancer en plusieurs étapes l'idée du « Fonds mondial ».

Le Fonds mondial, une alliance politique

- 9 Au cours de l'année 2001, le Secrétaire Général des Nations Unies s'active pour médiatiser une nouvelle impulsion internationale d'abord tournée essentiellement

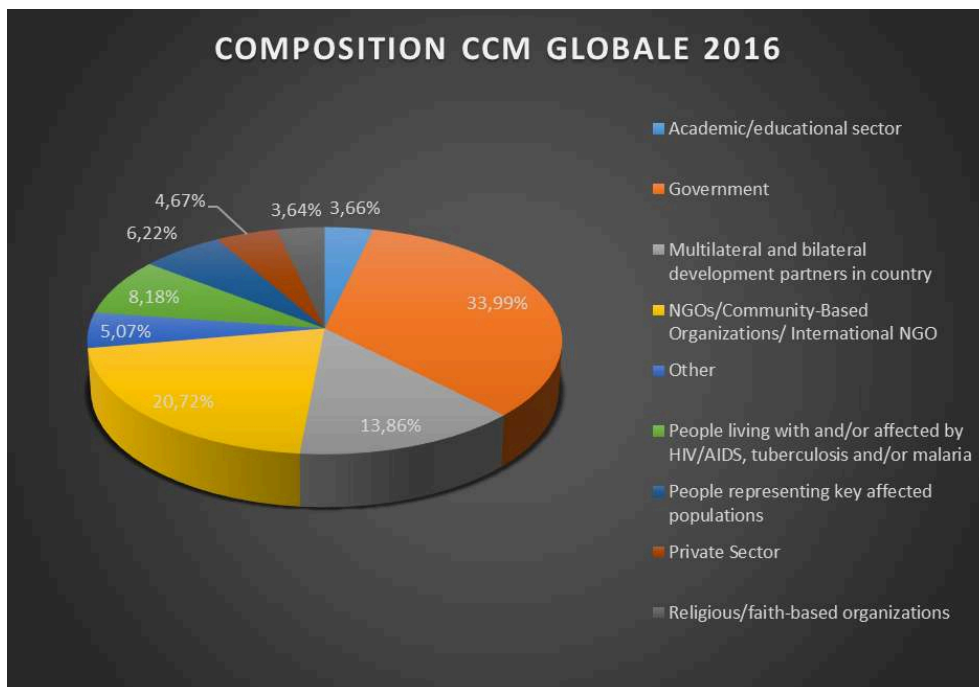
contre l'épidémie à VIH avant d'être étendue à la tuberculose et au paludisme. Lors de la Conférence des chefs d'État français et africains qui se tint à Yaoundé en janvier 2001, Kofi Annan s'y rend avec son épouse avec laquelle il soutient le lancement d'un Forum consacré à la lutte contre le sida, en marge du sommet des chefs d'État. Les épouses des chefs d'État lancent ainsi l'organisation « Synergies africaines » (EBOKO, 2004).

- 10 En avril de la même année, Kofi Annan se rend à Abuja au Nigéria, avec la Directrice générale de l'OMS, pour le sommet des chefs d'État africains et de gouvernement consacré au sida en Afrique. Il y lance formellement l'idée du « Fonds mondial de lutte contre le sida », en clôture de ces assises qui verront également les mêmes chefs d'État et/ou leurs représentants signer le fameux « Déclaration d'Abuja ». A travers cette dernière les autorités africaines s'engagent à consacrer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé.
- 11 En juin 2001, l'ONU accueille, sous la houlette du même Kofi Annan, à New York l'Assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le sida (UNGASS). Le Secrétaire général y lance officiellement le Fonds mondial dont les ONG lui suggèrent fortement de l'élargir à la tuberculose et au paludisme. Le Fonds mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme est formellement créé. En janvier 2002, lors de la réunion du G8 à Gênes en Italie, il est officiellement lancé et les premières subventions sont accordées.
- 12 Depuis sa création, le Fonds mondial a été dirigé par quatre personnalités. Deux professeurs de médecine se sont d'abord succédés à sa tête : l'Américain Richard Feachem entre 2002 et 2007, Michel Kazatchkine entre 2007 et 2012. Le britannique Peter Sands a été nommé directeur exécutif du Fonds mondial le 17 novembre 2017 par le Conseil d'administration. Il a pris officiellement ses fonctions en mars 2018. Il succède à l'américain Mark Dybul. Peter Sands, spécialiste en finance internationale, diplômé entre autres de l'Université de Harvard ² est le premier non-médecin à diriger le Fonds mondial, si l'on excepte l'intérim assuré par un autre financier, le Brésilien Gabriel Jaramillo entre 2012 et 2013, période correspondant à la mise en place du Nouveau Modèle de Financement (*New Funding Model* – NFM) mis en œuvre en 2014 ³. Depuis 2002, le Fonds mondial a récolté et dépensé 27 milliards de dollars (23 milliards d'euros) dont 50 % consacrés au VIH/sida, 32 % au paludisme et, enfin, 18 % à la tuberculose. Il est estimé ainsi avoir sauvé 22 millions de vies et provoqué une baisse de la mortalité liée au VIH de 30 %.
- 13 Cette étude saisit l'opportunité de la Conférence de Recomposition des fonds du Fonds mondial pour publier ces premiers résultats qualitatifs.
- 14 Entre 2017 et 2019 le Fonds a investi 14 milliards de dollars pour « sauver 14 millions de vies ». Si la France a maintenu sa contribution au-dessus de 360 millions d'euros sur cette période, la Conférence de Reconstitution des fonds revêt une importance cruciale notamment du fait de la baisse de l'ordre de 18 % des financements apportés par le premier contributeur que représentent les États-Unis d'Amérique.
- 15 Dans la perspective de cette Conférence de Reconstitution des fonds qui se tient à Lyon, le directeur exécutif du Fonds mondial envisage de « mobiliser au minimum 14 milliards de dollars (12,23 millions d'euros). Lors de sa rencontre à Paris avec le président français Emmanuel Macron le 11 janvier 2019, Peter Sands estimait que ce montant « contribuerait à sauver 16 millions de vies, à réduire de moitié les taux de mortalité

imputables au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et à construire des systèmes de santé plus solides d'ici 2023 »⁴.

Le Fonds mondial vu d'Afrique

- 16 Le présent dossier vise à analyser dans quels contextes s'inscrivent les financements du Fonds mondial dans la région du monde la plus éprouvée par les pathologies auxquelles ce mécanisme doit sa naissance : l'Afrique subsaharienne. A partir des Instances de coordination nationale (ICN ou *Country Coordinating Mechanism* – CCM) qui forment les structures collégiales multi-acteurs au sein desquelles s'organisent la répartition des fonds assorties des plans d'action multisectoriels, ce dossier propose des études en aval, sur le « terrain » à partir de quatre pays. Ces derniers ont la particularité d'avoir connu des progrès imputables aux financements internationaux mais de constituer également la zone d'Afrique dans laquelle ces progrès sont les plus lents : l'Afrique de l'Ouest et du Centre.



- 17 Ce dossier est issu d'un projet de recherche mené depuis 2015 grâce à un financement de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. Initialement consacré à trois pays le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Cameroun, ce travail collectif a été élargi au Burkina Faso à la faveur d'une recherche doctorale qui a rejoint les activités de recherche de ce projet.

Composition des CCM en 2016 et montant cumulé des financements FM/pays (Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal)				
Secteur	Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Sénégal

Institutions universitaires			3	2
Gouvernement	24	24	13	24
Partenaires multi et bilatéraux	5	9	13	10
ONG/Organisations à base communautaire/ ONG Internationales	11	10	11	11
Personnes vivant avec et/ou affectées par les maladies	5	4	1	4
Populations clé	3	2		1
Secteur privé	3	4	6	3
Organisations confessionnelles	3	4	4	4
Autres	5		7	3
Total général	59	57	58	62
Montant décaissé à ce jour (USD)	431,490,104	486,090,585	525,834,139	298,219,981

Présentation du contexte et justification du projet

- 18 La crise financière internationale et la crise de la gouvernance du Secrétariat du Fonds mondial (PIZARRO, 2012 ; Global Fund Report, 2012 : EBOKO *et al.*, 2015) sont intervenues à contre-courant d'une période riche d'espoirs pour la région du monde la plus affectée par l'épidémie à VIH/sida, l'Afrique subsaharienne. La conjonction paradoxale entre des incertitudes internationales, le « retour à la croissance économique » des États africains et des progrès exceptionnels dans les réponses internationales et nationales contre le VIH/sida définit un contexte inédit depuis la fin la décennie 2000. La crise financière internationale intervient au moment où l'Afrique sort concomitamment du tunnel de la crise économique stricto sensu et pendant la période où elle a réalisé, avec ses partenaires internationaux, des progrès remarquables en matière de lutte contre les trois maladies prioritaires. Entre 2010 et 2012, en Afrique subsaharienne, « un nombre record de 2,3 millions de personnes ont eu accès au traitement contre le VIH », (ONUSIDA, 2012), ce qui s'accompagne de besoins financiers en constante progression (PIZARRO, 2012 : 12). Entre changements des priorités de la lutte elle-même (marquée par le *Scaling-up* et un re-médicalisation incarnée par le *Test-and-treat*), récession internationale, notamment européenne, et « renouveau » économique africain – souligné par les observateurs sensibles aux indicateurs de l'économie de marché – la question centrale est donc celle de l'articulation des enjeux financiers de la lutte contre le sida et des faisceaux d'acteurs transnationaux qui accompagnent la mise en œuvre des réponses nationales : c'est à dire la question de « la gouvernance » dans le contexte de la réponse au sida.
- 19 L'expansion de la pandémie du sida et les réponses internationales, entre le milieu des années 1980 et le début des années 2000, ont signifié pour les États africains

l'avènement d'injonctions internationales contradictoires. D'un côté les Programmes d'ajustement structurel (PAS) avaient pour effet de réduire les investissements publics avec pour conséquence la réduction au forceps des dépenses allouées à la santé; de l'autre côté les réponses internationales au sida qui ont apporté des moyens, mobilisé de nouvelles expertises, suscité la mise en place de nouvelles bureaucraties sanitaires dans le champ du sida, puis de la tuberculose et du paludisme et généré des retournements de paradigmes économiques (MOATTI *et al.*, 2003 ; MOATTI et EBOKO, 2010 ; CORIAT, 2008). Entre la « désétatisation » imposée par les PAS et « bureaucratisation » (EBOKO, 1999, GRUENAI 1999) dans le sous-secteur de la santé que représente la lutte contre le VIH/sida, c'est un modèle d'action publique qui a vu le jour, qui concerne plus généralement le paysage de la « santé mondiale ». Dans la configuration plus générale des politiques publiques, les États africains sont « encadrés » désormais par une constellation d'acteurs avec lesquels ils coécrivent l'action publique (EBOKO, 2013a et 2013b). Comprendre et orienter l'action dans un paysage d'une telle complexité pose un défi aux sciences sociales.

- 20 Ce projet propose une recherche action en sciences sociales concentrée sur le principal mécanisme de financement et d'action publique dans le domaine du VIH-Sida, le Fonds mondial. Il s'intéresse en particulier aux instances de coordination nationale (« *Country Coordinating Mechanism* » – CCM), qui sont à la fois le maillon stratégique de son action dans les pays africains et, dans le cadre de cette recherche, un point d'entrée empirique pour une recherche plus générale sur la gouvernance de la réponse au sida en Afrique. Une approche comparée au cœur de ces instances constitue l'objet de ce projet, à partir de trois pays dont les points communs et les différences permettent une investigation approfondie et des actions concertées dans le but d'en améliorer la coordination, à partir de la déconstruction d'enjeux politiques qui traversent les CCM et la constellation des acteurs qui fondent l'action publique contre le VIH/sida au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et au Cameroun.

1. Objectifs de la recherche

Objectif principal

- 21 Décrire comment le travail de concertation et de négociation entre les acteurs des CCM est le produit et le révélateur des trajectoires politiques *spécifiques* des différents États africains. La comparaison du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et du Cameroun permet en effet de contraster trois configurations très différentes des politiques de lutte, allant de la « participation active » à l'« adhésion passive » aux recommandations internationales.
- 22 Cette étude permettra de proposer un cadre théorique général pour analyser comment l'Afrique subsaharienne est gouvernée dans le cadre des politiques de la « santé mondiale », en envisageant la construction de l'action publique au sein d'une *matrice* qui comprend les représentants des organisations internationales (OI), des partenaires bilatéraux, des représentants des organisations de la société civile (OSC) dont les représentants des patients, des partenaires privés et, bien-sûr publics.

Objectifs secondaires

- 23 Comparer et transmettre, au fur et à mesure de la recherche, les éléments issus de cette comparaison aux acteurs impliqués dans la gouvernance des CCM.

CCM, États africains et Fonds Mondial, entre dépendances et négociations : présentation et problématique

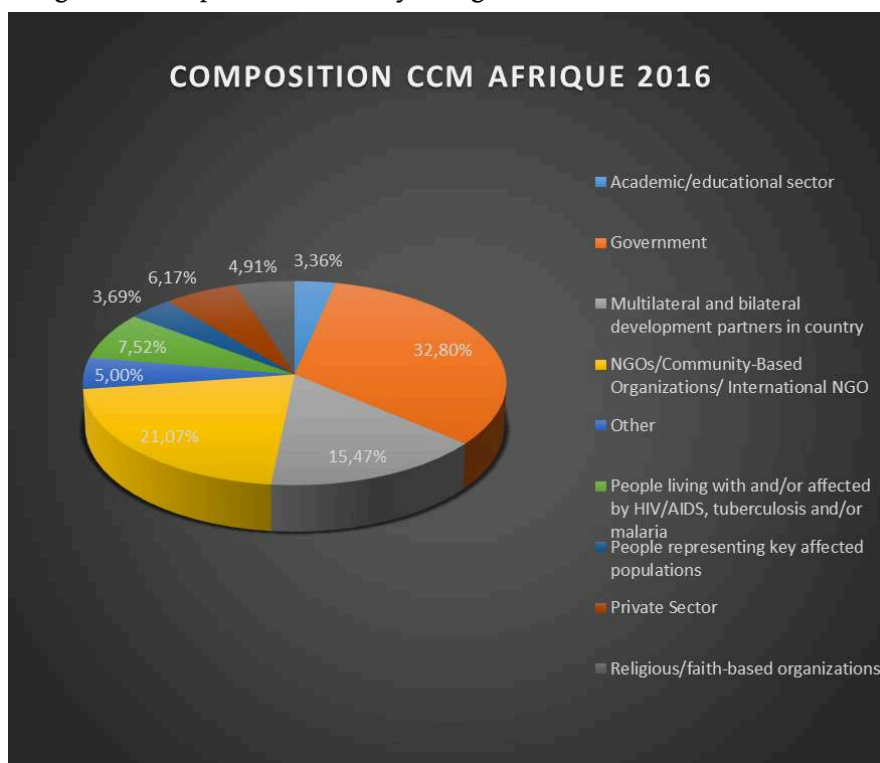
- 24 A sa création, le Fonds mondial se présente comme un « mécanisme innovant », souple et léger, afin de se détacher des organisations internationales et des critiques qui leur sont adressées (DOZON et FASSIN, 2001). A cet égard sa création coïncide avec l'essor de la « santé mondiale » (Global Health), présentée comme une nouvelle manière de concevoir et de mettre en œuvre la recherche et l'action en santé dans les pays du Sud (FARMER *et al.*, 2013). Le Fonds incarne aussi le « nouveau paradigme » de l'aide au développement, affiché lors de la Déclaration de Paris : efficacité, appropriation, participation et alignement sur les besoins/la demande des pays et non sur l'offre d'aide (NANTULYA, 2004). On retrouve cette ambition au sein même de l'architecture institutionnelle du Fonds. Ces principes en font l'incarnation du nouveau paradigme de l'aide internationale, qui se traduit au sein même de l'organisation et des modalités de fonctionnement du Fonds.
- 25 Les CCM, créés dans la dynamique de la naissance du Fonds mondial en 2002, sont chargés de produire les demandes de financements soumises au Fonds mondial, mais aussi de désigner les bénéficiaires de ces fonds, et d'effectuer le suivi de la mise en œuvre des subventions. Plus que des « instances », les CCM sont donc de véritables institutions destinées à se placer au cœur de la gouvernance nationale du sida. Ces institutions sont par ailleurs formatées par le Fonds, qui émet un ensemble de critères, recommandations, et mécanismes incitatifs (grilles d'auto-évaluation des CCM, etc.) qui doivent conditionner la recevabilité des requêtes. L'appropriation de cette modalité de gouvernance paraît inégale entre les pays, et les (dys) fonctionnements des CCM se posent comme des obstacles au bon fonctionnement du Fonds. Leur composition elle-même est extrêmement variable et leurs membres ne sont pas toujours ceux qui produisent réellement la réponse nationale au sida dans les pays (cf. tableau 1 ci-dessus).

Sur la composition des CCM

- 26 Un CCM est le principal canal par lequel transitent les demandes de financement adressées au Fonds mondial sous la forme de Propositions Coordonnées Nationale (CCP). Toutefois, le Fonds examine aussi des demandes dites non-CCM suivant des critères très stricts : il faut pour cela que l'organisme qui formule la demande (généralement ONG) justifie d'un contexte national marqué par l'absence d'un gouvernement légitime, l'absence ou la suppression du partenariat avec la société civile et les ONG, ou une situation de conflit (cas de la Côte d'Ivoire lors du round 3) ou de catastrophe naturelle. Par ailleurs, le Fonds mondial reçoit aussi des demandes de financement émanant de *Regional Coordinating Mechanism* (RCM) ou de *Regional Organisations* (RO) dans le cadre des *Investissements multi pays à effet catalyseur*. Il demeure toutefois que le CCM est l'agence de concertation par excellence qui sert de

relai local à l'action du Fonds mondial et coordonne la mise en œuvre au niveau national des actions qu'il finance.

- 27 D'après les directives du Fonds mondial adoptées à partir des résolutions du 9^{ème} conseil d'administration tenu en novembre 2004, le CCM doit être composé au minimum de 40 % de représentant le secteur non gouvernemental tels que les ONG, les personnes vivant avec les maladies, les organisations religieuses ou confessionnelles, le secteur privé et les institutions académiques. Cette configuration laisse aux pouvoirs publics une marge considérable en termes de représentation au sein du CCM, que ces derniers utilisent de manière très variable selon les pays. Ainsi, s'il s'avère que les pouvoirs publics sont le secteur le plus représenté numériquement au sein des CCM dans le monde, on observe au sein du CCM Cameroun une surreprésentation de cette catégorie en comparaison de la moyenne globale.



Cameroun, Sénégal, Cote d'Ivoire, Burkina : quatre pays en crise face au VIH-Sida

- 28 Les quatre pays concernés par ce projet partagent une séquence historique commune. Ils étaient regroupés dans les pays africains dits à « revenus intermédiaires » avant le second choc pétrolier de 1979, à l'origine de la longue crise économique et des PAS des années 1980 au début des années 2000. (COOPER, 2003).
- 29 Le passage au multipartisme a bousculé le monolithisme du Cameroun et de la Côte d'Ivoire, tandis que le Sénégal avait déjà commencé cette transition. De fait, d'un point de vue politique, le Sénégal est celui qui connaît la plus grande régularité des procédures démocratiques (élections aux résultats non ou peu contestées, alternance politique pacifique et démocratique, etc.) tandis que le Cameroun connaît, sous couvert du multipartisme, une reproduction d'un régime sans alternance depuis son

indépendance, malgré le passage au multipartisme (EBOUSSI BOULAGA, 2007). Pour sa part, la Côte d'Ivoire est entrée dans l'ère du multipartisme post Houphouët-Boigny par une querelle de succession et des conflits constitutionnels qui ont marqué le pays des années 1990 jusqu'à l'arrivée au pouvoir d'Alassane Ouattara qui a scellé une décennie de crise et de violences armées (AKINDES, 2017).

- 30 Confrontés dans les années 1980 à l'épidémie de VIH-Sida, la majorité des Etats africains avaient mis en œuvre des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida, dans la dynamique qui fut lancée par le Global Programme on AIDS (GPA, OMS) (ILIFFE, 2006). Le Sénégal fut un des tous premiers à l'adopter en 1986. Si le Sénégal est reconnu pour une réponse « active » et une adhésion proactive aux stratégies internationales, les deux autres pays ont adopté des postures qui relevaient d'une « adhésion passive » aux stratégies internationales. Le Cameroun et la Côte d'Ivoire, comme la majorité de leurs homologues africains, ont connu une phase de latence politique (1987-2000) bien que des programmes nationaux y furent formellement mis en œuvre (EBOKO, 2005 ; KEROUEDAN, 2010). La « révolution thérapeutique » qui a suivi l'ouverture vers l'accès aux ARV a modifié cette perspective. A ce jour, l'introduction des molécules antirétrovirales sous forme de « génériques » distribuées principalement par les laboratoires indiens, et le soutien du Fonds mondial et du PEPFAR (pour le cas ivoirien) ont entraîné une hausse exponentielle de la prise en charge des patients éligibles aux ARV.
- 31 Ce succès s'accompagne, dans les quatre pays concernés, d'une forte dépendance à l'aide internationale pour le financement de la lutte contre le sida – aujourd'hui, 67 % du financement de la lutte contre le sida en Afrique sub-saharienne proviennent des bailleurs étrangers. Le Sénégal et le Cameroun bénéficient de l'aide principal du Fonds mondial, alors que la Côte d'Ivoire qui en tire également partie, connaît un soutien financier nettement plus important du PEPFAR depuis 2004 – ce qui fait de la Côte d'Ivoire un cas témoin utile pour l'analyse comparée du rôle du Fonds Mondial. Cette dépendance commune recouvre en fait des capacités différenciées des quatre pays à s'intégrer dans l'ordre des relations internationales de la « santé globale », à partir de situations épidémiologiques par ailleurs très différentes. Ces différences se manifestent aussi par les compositions variées des CCM eux-mêmes (tableau 1) : si les représentants de l'État/gouvernement sont les plus nombreux dans les trois pays, le Cameroun montre par exemple un nombre élevé de représentants du gouvernement, reflétant une volonté de contrôle politique exercée par l'administration (PIGEAUD, 2011), contrebalancée en apparence par la forte présence des associations.
- 32 En bref, la trajectoire à la fois commune et différenciée des quatre pays fonde leur comparabilité et justifient leur choix pour cette étude – même s'ils appartiennent tous à l'aire francophone, ils permettent d'illustrer une grande partie de la palette de configurations politiques de la lutte contre le VIH-Sida présente à l'échelle du continent (EBOKO, 2013a).

2.3. Des trajectoires différenciées

Le Sénégal : un pays précurseur à la croisée des chemins

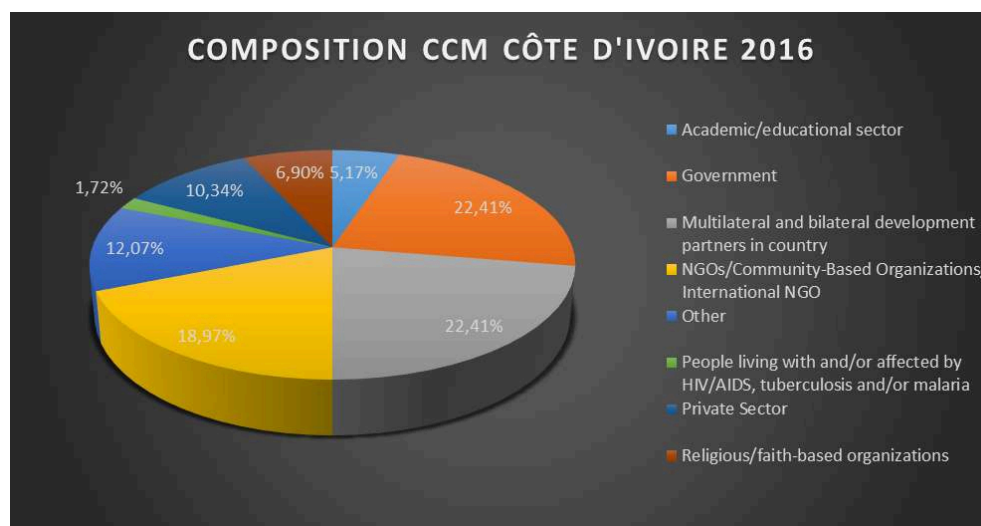
- 33 En 1998, le Sénégal est le premier pays africain à lancer de lui-même une initiative publique d'accès aux antirétroviraux : l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV (ISAARV) (DESCLAUX, LANIECE, NDOYE, TAVERNE, 2002). Celle-ci s'effectue encore une

fois par le biais d'accords avec un oligopole de firmes pharmaceutiques détentrices des brevets, mais cette fois sans l'intermédiation de l'ONUSIDA. Bien que le cas du Sénégal soit particulier du fait d'un taux de séroprévalence au VIH/sida relativement faible (0,7 % pour les 15-49 ans) par rapport à ses homologues africains, l'action de ce pays a permis de mettre en exergue des possibilités politiques de négociation directe au niveau des pays africains.

- 34 La part de l'État sénégalais dans le financement de la lutte contre le VIH/sida pour la période 2010-2013 représente 21 % (17 802 994 euros) des ressources générales dédiées à la réponse nationale. 24 % (19 496 788 euros) proviennent des organisations internationales et des partenaires de la coopération au Sénégal. Le Fonds Mondial couvre 55 % (45 263 730 euros) des besoins (CNLS-Sénégal, février 2013).
- 35 La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé qui est passé de 29 milliards en 2000 à 108,4 milliards CFA, en 2010⁵. Ce budget représente aujourd'hui 10,4 % du budget de fonctionnement de l'État. De plus, l'État s'est engagé à financer 40 % du budget ARV et assure aussi une contrepartie dans le fonctionnement du Conseil National de lutte contre le Sida (CNLS Sénégal, 2013).
- 36 Le Sénégal connaît un taux d'acceptation de ses demandes au Fonds mondial très élevé, du fait de la relative continuité des acteurs et en particulier du Secrétaire Exécutif du CNLS qui est le plus ancien « patron » d'un programme sida en Afrique (depuis 1986).

La Côte d'Ivoire : sortir d'une crise, affronter une autre

- 37 Si la Côte d'Ivoire a été pionnière dans le lancement des programmes d'accès aux ARV, en faisant notamment partie des quatre pays choisis pour mettre en place « l'initiative Onusida/Ministère de la santé publique » en 1998 (MSELLATI, VIDAL, MOATTI, 2001), le « passage à l'échelle » et la décentralisation de la prise en charge globale des personnes infectées a été rendu possible, bien que les différentes crises politiques et militaires de la dernière décennie aient freiné sa mise en œuvre.



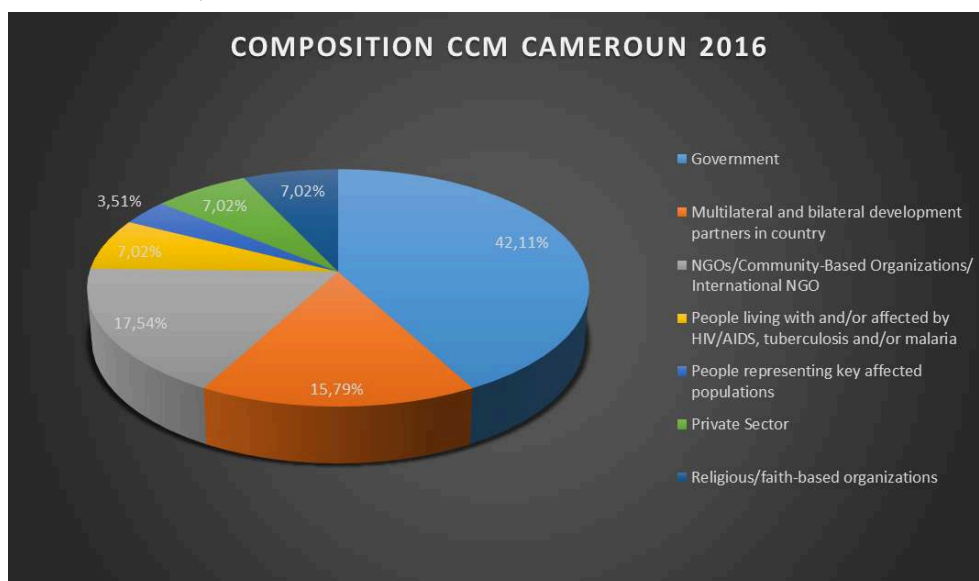
- 38 La Côte d'Ivoire est le seul pays francophone à avoir été choisi en 2003 par les États-Unis pour bénéficier de son programme PEPFAR. L'aide bilatérale américaine représente ainsi 74 % de son aide extérieure dédiée au VIH/Sida, représentant elle-même 87 % de son budget global (UNGASS 2010). Cet appui massif a permis, en dépit de

l'instabilité politique, de décupler le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge, en passant de 2000 personnes sous ARV en 2004 à près de 75.000 en 2010, avec l'instauration de la gratuité en 2008. Cependant, la couverture en ARV de la Côte d'Ivoire demeure bloquée à 37 %, dans un contexte où l'épidémie est généralisée (3,4 %).

- 39 La Côte d'Ivoire déplorait en 2014 un manque de 20 millions de \$ pour mettre en place son programme national. En effet, bien que les financements du Round 9 du Fonds Mondial aient été décaissés et que la Banque Mondiale ait réinitialisé son programme PUMLS en 2009 (suspendu en 2003 pour arriérés de paiement), la Côte d'Ivoire a été doublement touchée par la crise économique mondiale et par la violente crise post-électorale dont l'issue a reconfiguré le paysage politique ivoirien (AKINDES, 2017). La crise ivoirienne a déstructuré le système de santé global (pillages et détérioration du matériel, gratuité exceptionnelle des frais médicaux d'avril 2010 à février 2011), stoppé les inclusions des personnes éligibles aux traitements et accéléré le désengagement de certains partenaires. Les structures de santé, les ONG et les associations ont connu de graves difficultés : licenciements de personnel médical et technique, chômage technique, diminution du soutien aux activités de prévention et de formation, rachat de matériel etc. L'accalmie survenue en 2011 s'est inscrite dans la recherche de nouvelles stratégies de financement pérennes : contrat désendettement développement (C2D) entre la Côte d'Ivoire et la France, prêts à faible taux d'intérêt auprès de la Banque africaine de développement ou encore taxes sur les téléphones mobiles.
- 40 La lutte contre le VIH/Sida en Côte d'Ivoire fait également face au défi de sa réorganisation institutionnelle. Dans un souci de simplifier sa coordination, les organes techniques chargés de la décentralisation (CTAILS) ont été supprimé et la fusion de son inédit Ministère de la Lutte contre le VIH/Sida avec le Ministère de la Santé a été décrétée, laissant les acteurs publics nationaux dans l'expectative, en attendant de nouvelles mesures concrètes de substitution.
- 41 La part de l'État dans le financement dans la lutte contre le sida est de 445 443 610 FCFA : 19 %. L'État dans son effort est appuyé par des partenaires bilatéraux : PEPFAR (1 437 249 756,5 FCFA : 63 %), le Fonds mondial (148 624 054 FCFA : 6 %), la Banque Mondiale (116 870 585 FCFA : 5 %) et les organisations du système des nations unies et internationales : UNICEF (116 796 479 FCFA : 5%), OMS (11 919 500 FCFA : 1 %), APHL (8 110 700 FCFA : 0,8 %) et MSF Hollande (2 350 942 FCFA : 0,2%)⁶. Récemment, « la Côte d'Ivoire a réuni 8 millions de US \$ à partir de taxes sur le tabac et les billets d'avion » ce qui témoigne de la prise de conscience des autorités ivoiriennes du péril représenté par sa dépendance des financements internationaux.
- 42 Les investigations menées en Côte d'Ivoire montrent des rapports de force variables entre les pouvoirs publics, les acteurs internationaux et les associations. L'apport financier du PEPFAR représente 78 % des ressources allouées à la lutte contre les trois maladies, contre 15 % des financements issus du Fonds mondial. Ce qui fait de la Côte d'Ivoire un cas témoin par rapport aux trois autres pays de cette étude. Cette situation érige en même temps ce pays en cas d'école de la tension entre l'aide multilatérale incarnée par le Fonds mondial et l'aide bilatérale qui forme le sceau de l'influence de pays comme les États-Unis et la France, sous une offensive marquée par le PEPFAR américain.

Le Cameroun : d'une dynamique de succès à l'ébauche d'une crise des ARV ?

- 43 Si le Cameroun a longtemps fait figure de pays relativement passif dans la lutte contre le Sida (EBOKO, 1999b) de multiples évolutions du contexte international mais aussi national ont marqué le programme camerounais depuis la réalisation de l'enquête EVAL et des autres travaux d'évaluation menés en parallèle (EBOKO, LAURENT, ABE, 2010).
- 44 La première évolution marquante concerne l'adoption par le gouvernement camerounais, en Mai 2007, de la gratuité des ARV pour tous, dans une perspective de renforcement de l'accès universel aux traitements (GILKS, CROWLEY, EKPINI *et al.*, 2006 ; SOUTEYRAND, COLLARD, MOATTI, 2008 ; EBOKO, ABE, LAURENT, 2010). Cette mesure a eu pour effet de renforcer la décentralisation de l'accès aux ARV (BOYER *et al.*, 2010) et d'augmenter significativement le nombre de patients bénéficiant d'un traitement ARV, qui est passé de 23 800 en septembre 2006, au moment du démarrage de l'enquête EVAL, à 45 000 en décembre 2007 et à 105 653 à la fin de l'année 2011 (CNLS-Cameroun/ONUSIDA, 2012).

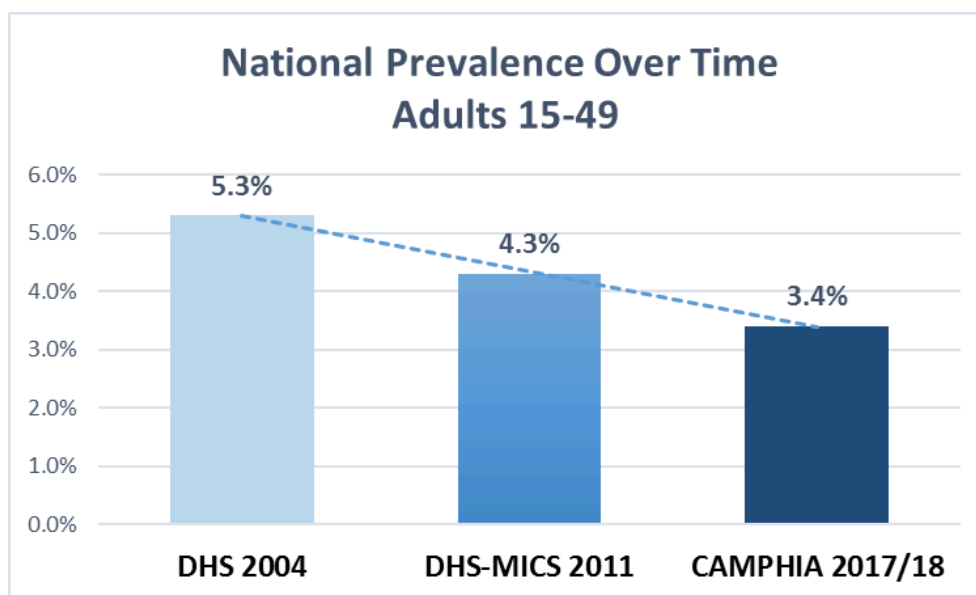


- 45 Dans le même temps, la révision en 2010 des recommandations de l'OMS pour l'initiation du traitement ARV dans les pays à faibles ressources⁷, a pour double conséquence d'accroître les besoins immédiats en traitement ainsi que le coût des premières lignes, augmentant la pression financière pesant sur les programmes (WHO, 2010). Ces évolutions interviennent dans un contexte international marqué par une crise économique importante qui se répercute sur l'aide publique au développement et sur les ressources allouées à la lutte contre le VIH qui après une décennie marquée par une augmentation spectaculaire, connaissent depuis l'année 2010 une baisse pour ce qui est des financements provenant des donateurs internationaux. Si depuis l'an 2000, le PNLs a été essentiellement financé par l'aide au développement (74 % des dépenses du programme, dont 47,4 % des fonds, pour le Fonds mondial) (BANQUE MONDIALE, 2012 : 8), la situation est aujourd'hui préoccupante.

Le PEPFAR : un nouvel élan pour le Cameroun ?

- 46 A ces pistes de financement, il faut ajouter l'arrivée du PEPFAR au Cameroun avec un projet de 24 millions de dollars US pour des activités dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est et des deux régions anglophones que sont le Sud-Ouest et le Nord-Ouest. A cela, le PEPFAR prévoit d'ajouter 100 millions de dollars US pour la gratuité complète de l'accès aux soins et aux examens biologiques sur toute l'étendue du territoire, à compter du 1^{er} janvier 2020. Cette promesse est assortie d'une décision inédite de la part du nouveau ministre de la santé publique. En effet, en date du 4 avril 2019, il a décidé de la gratuité de tous des services relatifs à la prise en charge du VIH : examens de suivi biologique (CD4 et charge virale) ; médicaments de prévention des infections opportunistes ainsi que leur collecte. Cette décision prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁸. Par ailleurs, la même décision concerne également les formations sanitaires : « les réactifs et médicaments afférents à l'ensemble des examens (...) sont fournis gratuitement aux formations sanitaires et aux laboratoires retenus par le Ministère de la Santé Publique ».
- 47 Dans le même temps, le souci « d'impact » observé en Côte d'Ivoire, voit le jour au Cameroun de la part de la coopération américaine. Une étude pilote baptisée « Camphia » (Cameroon Population-based HIV Impact Assessment), menée en 2017-2018 a réussi à faire le point sur la situation au VIH/sida, à la tuberculose et à l'hépatite B. Menée sous la houlette du CDC d'Atlanta, de la Columbia University de New York et du PEPFAR, cette recherche réalisée dans les 10 régions du pays a permis de réaliser le teste au VIH chez : 11 623 ménages pour 15 419 femmes et 13 216 hommes (âgés de 15 à 64 ans) puis 8 018 enfants (de 0 à 14 ans). Le test pour le virus de l'hépatite B a concerné 1962 adultes (15-64 ans) ⁹.

Prévalence au VIH au Cameroun en 2018



Source : Camphia 2018

(DHS : Enquête démographique et santé (EDS))

Prévalence au VIH (HIV) et au Virus de l'Hépatite B (HBV) au Cameroun en 2018

Hepatitis B/HIV coinfection

HIV Status and Age	HBV Prevalence		
	Females	Males	Total
HIV Positive			
15-64 years	7,9	9,5	8,4
HIV Negative			
15-64 years	5,4	11,3	8,3
Total			
15-49 Years	6	12,4	9,2
15-64 Years	5,5	11,2	8,3

Among the age group 15-64 years old

- National prevalence of Hep B : 8,3
- National prevalence of coinfection HepB/HIV: 8,4

Source : Camphia 2018

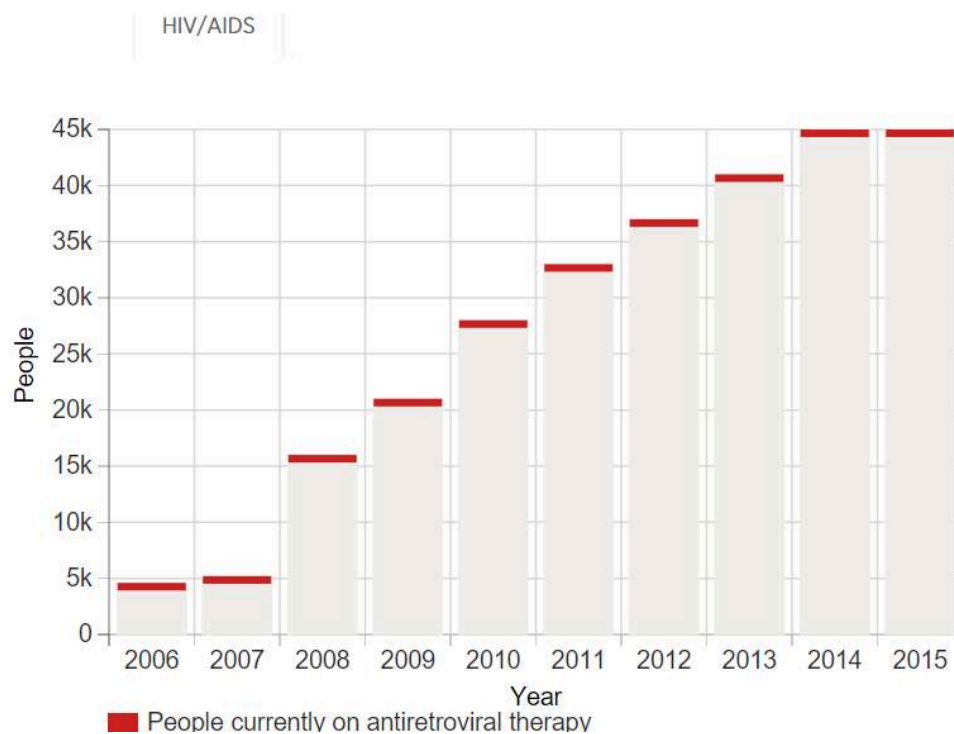
- 48 Le grand problème du Cameroun est sa « gouvernance », de manière générale en matière de santé en particulier, du fait notamment de l'hyper focalisation des acteurs locaux sur des enjeux politiques et matériels à très court-terme (WORLD BANK, 2013). Ce détachement des enjeux à long terme explique la très forte ventilation des experts au-delà des compétences disponibles. La « contre-offensive » du PEPFAR américain et les changements intervenus en 2018 au niveau de la gouvernance du ministère de la santé laissent à penser à des évolutions à court-terme qui pourraient se situer entre un changement de perspective ou un retournement spectaculaire de situation porté par un nouveau leadership de la santé.

Le Burkina Faso : revendication militante de la gratuité des ARV

- 49 Les premières manifestations de revendications de la gratuité pour les ARV ont été organisées en 2004 au Burkina Faso par les organisations de la société civile (Eboko, Owona Nguini, Enguéléguélé, 2009 : 58-59). La gratuité des antirétroviraux y intervient plus tard que dans les autres pays, en 2010, grâce à la mobilisation des associations et au plaidoyer exercé par ces dernières auprès du président de la république de l'époque. Blaise Compaoré, qui avait aussi la particularité d'être le président du Conseil national de lutte contre le sida. Les mobilisations collectives transnationales ont pris un relief particulier dans ce pays au tournant des années 2000 (DESCLAUX, KOUANDA, OBERMAYER, 2010 ; SOUBEIGA, 2018).
- 50 Le Burkina Faso a connu la même évolution institutionnelle que les autres pays en matière de lutte contre le sida avant l'avènement du Fonds mondial. La modicité de ses ressources le place dans une situation de forte dépendance qui est néanmoins minorée par une prévalence au VIH relativement faible par rapport à la Côte d'Ivoire et au

Cameroun (3,7 %) et plus proche de celle du Sénégal (0,7 %) et des pays de la bande sahélienne.

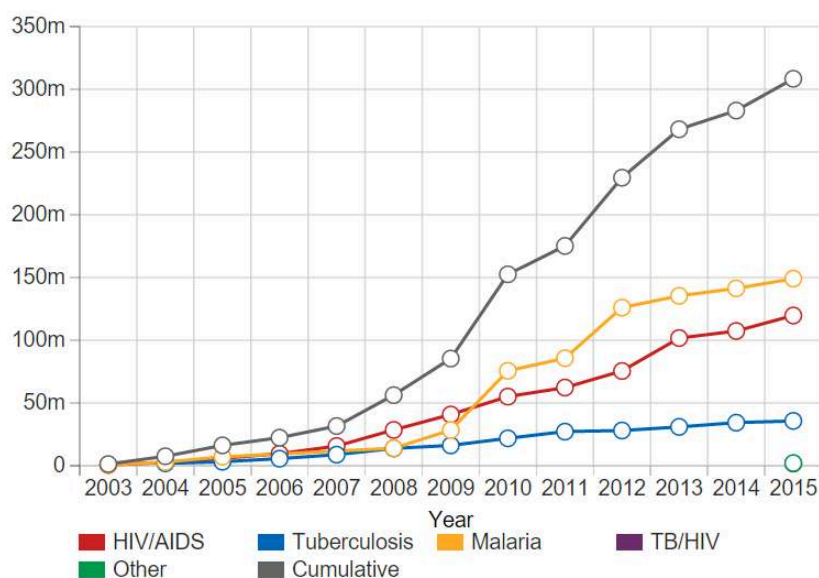
Graphique 1 : Évolution du nombre de personnes sous traitement antirétroviral de l'année 2006 à 2015 au Burkina Faso



- 51 Les périodes 2007-2008, 2008-2009 et 2014-2015 sont les plus significatives dans l'évolution de la couverture des PVVIH en ARV au Burkina Faso sur l'intervalle de temps de 2006 à 2015.

Graphique 2 : Évolution des financements par composante au Burkina Faso

Disbursements by Component



Source : Fonds mondial 2017

- 52 Le financement de la lutte contre le sida par le Fonds mondial au Burkina Faso a connu une augmentation graduelle. A la différence de la Côte d'Ivoire et du Cameroun depuis peu, qui bénéficient de subventions du PEPFAR, le principal financeur de la lutte contre cette maladie dans ce pays est le Fonds mondial.
- 53 La courbe du montant total des fonds octroyés par le Fonds mondial dans la lutte contre les trois maladies au Burkina Faso présente une hausse significative à partir de l'année 2007. En l'espace de sept années (2007-2014), le montant total des fonds octroyés par le Fonds mondial a été multiplié par neuf (9). Le montant de la subvention de la lutte contre le VIH/sida est passé de 15 millions à 110 millions. Cette courbe met en relief les moments d'augmentation de l'investissement du Fonds mondial dans la lutte contre les trois maladies dont les plus marquants sont : 2008, 2009, 2010, 2012 et 2013. Cela illustre la volonté du Fonds mondial de renforcer les actions de la lutte contre ces maladies sur le terrain concret du Burkina Faso. Néanmoins, l'euphorie résultant des protocoles thérapeutiques qui réduisent la transmission du VIH doit être relativisée, notamment en Afrique subsaharienne, du fait du peu d'attention que les politiques de santé portent aux résistances dont des recherches récentes disent qu'elles pourraient constituer une « quatrième épidémie » (LABORDE-BALEN, TAVERNE, N'DOUR, NDOYE *et al.*, 2018).

3. Au-delà des maladies transmissibles, l'accès universel aux soins ? Le Fonds mondial moteur d'un changement de paradigme ?

- 54 Il est indéniable que les années 2000 ont vu des progrès importants réalisés au niveau international et national en ce qui concerne les trois pathologies auxquelles le Fonds mondial consacre la majorité de ses ressources et auxquelles il doit son essence, depuis

2002 : le sida, la tuberculose et le paludisme. Il est désormais question de « mettre fin à ces épidémies » (Global Fund Observer, avril 2016). Dans le même temps, le regard sur les autres maladies et questions de santé qui éprouvent l'Afrique subsaharienne a trouvé, par contraste, dans l'exceptionnelle mobilisation contre le sida notamment, les moyens de faire valoir la nécessité d'inscrire sur les agendas internationaux l'ensemble des chocs épidémiologiques spécifiques que subit cette région du monde. Cette conjonction théorique entre les questions de santé et leur inscription dans les agendas internationaux est une des définitions de « la santé globale » (ATLANI-DUAULT & VIDAL, 2013 ; ALMEIDA, EBOKO, MOATTI, 2013 ; FARMER *et al.*, 2013). Ces dernières années ont vu ré-émerger des progrès majeurs en matière de prévention et de prise en charge des hépatites grâce à la commercialisation d'un vaccin pour le VHB désormais disponible à faible coût, mais aussi grâce à de nouveaux outils diagnostiques et de nouveaux traitements très efficaces et mieux tolérés. Paradoxalement, les pays d'Afrique sub-saharienne majoritairement touchés par l'épidémie ont peu bénéficié de ces avancées médicales et les réponses sanitaires restent très insuffisantes. Pour autant, des progrès sont enregistrés, d'un point de vue institutionnel avec la création d'un Programme mondial de lutte contre les hépatites en 2011. L'OMS précise que, « en 2014, le Programme mondial de lutte contre l'hépatite a été intégré au Groupe VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies tropicales négligées afin d'intensifier les efforts de lutte tout en créant les synergies nécessaires pour lutter contre l'hépatite virale chez les personnes vivant avec le VIH »¹⁰. Dans cette configuration, émerge la question des maladies non transmissibles qui doivent bénéficier d'une riposte internationale à la mesure des incidences qu'elles représentent et de la mortalité dont l'Afrique paye un lourd tribut. Dans ce registre, les maladies cardiovasculaires qui représentent un tiers des décès en Afrique au Sud du Sahara représentent un défi important, souligné par des études récentes qui mettent en exergue le péril sanitaire auquel l'Afrique et plus largement les pays à ressources limitées sont confrontés.

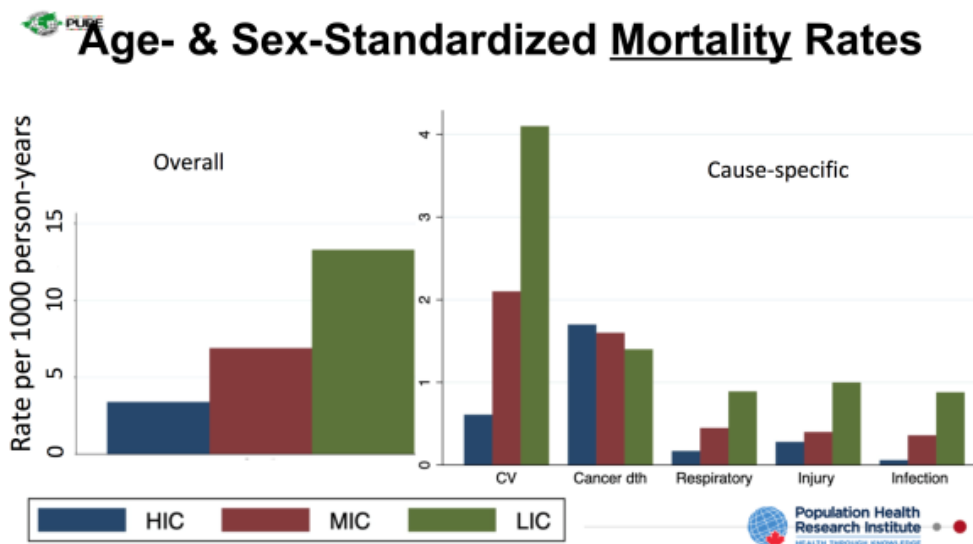
4. Les maladies cardiovasculaires (MCV) : anciennes pathologies, nouveau défi¹¹

- 55 Le relatif succès lié à la mobilisation inédite des ressources en santé mondiale depuis la création du Fonds mondial a permis de souligner les carences des réponses pour les autres causes de morbidité et de mortalité dans les pays à ressources limitées. Les maladies cardiovasculaires en sont une illustration quasi parfaite.
- 56 Etiologie des MCV
- 57 *Les maladies cardiovasculaires sont les pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, principalement les artères qui apportent le sang dans tous les organes du corps humain. Les principales MCV sont la cardiopathie ischémique (insuffisance d'apport du sang dans le muscle cardiaque à cause du rétrécissement des artères coronaires par des plaques de graisse), la maladie du muscle cardiaque non-ischémique (dont les myocardites virales) responsable de cardiomyopathies dilatées, les valvulopathies (maladie des valves cardiaques) dont la sténose aortique (rétrécissement calcifié de la valve aortique qui est la première valvulopathie en occident), la sténose ou l'insuffisance de la valve mitrale due au rhumatisme articulaire aigu dans les pays pauvres, les péricardites (inflammation du péricarde qui est l'enveloppe du cœur) d'origine essentiellement virale (en occident) ou tuberculeuse et autres terrain d'immunodéficience (en Afrique). Les troubles du rythme cardiaque, responsable de mort subite*

sont un autre groupe de maladies cardiaques. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) compliquent l'hypertension artérielle ou la fibrillation atriale (irrégularité du rythme cardiaque).

Repères épidémiologiques

- 58 Les MCV représentent 31 % de toutes les causes de décès dans le monde, soit 17,5 millions de victimes par an. Alors que les cancers ont supplanté les MCV en termes d'incidence annuelle de décès totaux en Europe, les cardiopathies (pathologies du cœur) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause de mortalité dans les pays pauvres dont la part sur l'incidence globale dans le monde est estimée à 80 %.
- 59 Les récents résultats de l'étude PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology ¹²) sont édifiants. Cette étude a suivi de 2005 à 2016 un total 155 722 personnes, dans 21 pays, repartis en 3 groupes de pays : pays à forts revenus, pays à revenus intermédiaires et faibles à faibles revenus. Ce travail l'association de 14 facteurs de risque modifiables avec la mortalité globale et la survenue des MCV. Les principaux enseignements de cette étude confirment les projections selon lesquelles dans un horizon proche (2025) les MCV deviendront la première cause de décès dans les pays pauvres : (1) il est établi un lien étroit entre la pauvreté le taux de mortalité globale ; (2) l'incidence des MCV progresse davantage dans les pays à faibles revenus comparé aux pays à revenu intermédiaire et davantage que dans les pays à hauts revenus, justifiée par une politique de prévention plus opérationnelle dans ces pays développés ; (3) de nouveaux facteurs de risque de MCV (notamment la pollution de l'air domestique, la mauvaise alimentation et surtout le faible niveau d'éducation) ont été identifiés comme étant des causes majeures de mortalité.



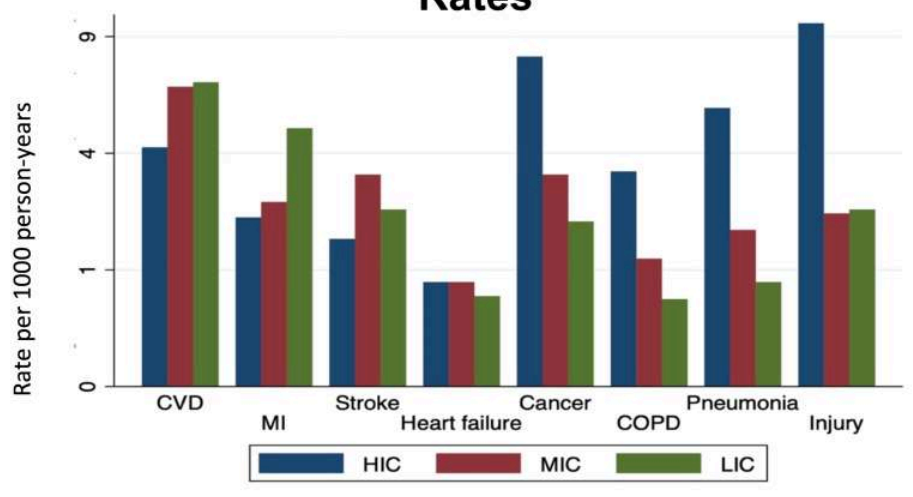
Taux de mortalité standardisés par l'âge et le sexe : comparaison des taux de mortalité générale et spécifiques de certaines maladies selon le niveau de ressources des pays

HIC= pays à haut revenus ; MIC= pays à revenus intermédiaires, LIC= pays à revenus faibles. CV= maladies cardiaques ; Injury= traumatismes

Prise en charge en Afrique des maladies cardio-vasculaires

- 60 Jadis considérées en Afrique comme une spécificité des pays riches, les MCV sont devenues un motif fréquent de consultations dans les structures médicales en Afrique. Malheureusement, les politiques de santé publique dans ces pays n'ont pas suffisamment pris en compte cette mutation épidémiologique par des actions préventives (dépistages, campagnes de sensibilisation et de formations des populations, mesures législatives contraignantes sur le tabagisme, les régimes alimentaires riches en sel et sucre, etc.).

Age- & Sex-Standardized Disease Incidence Rates



Taux d'incidence standardisés par l'âge et le sexe : comparaison des taux de mortalité générale et spécifiques de certaines maladies selon le niveau de ressources des pays

CVD= maladies cardiovasculaire, MI= infarctus du myocarde, Stroke= accident vasculaire cérébral, Heart failure= insuffisance cardiaque, COPD= bronchopneumopathie chronique obstructive, injury= traumatisme, HIC= pays à haut revenus, MIC= pays à revenus intermédiaires, LIC= pays à revenus faibles.

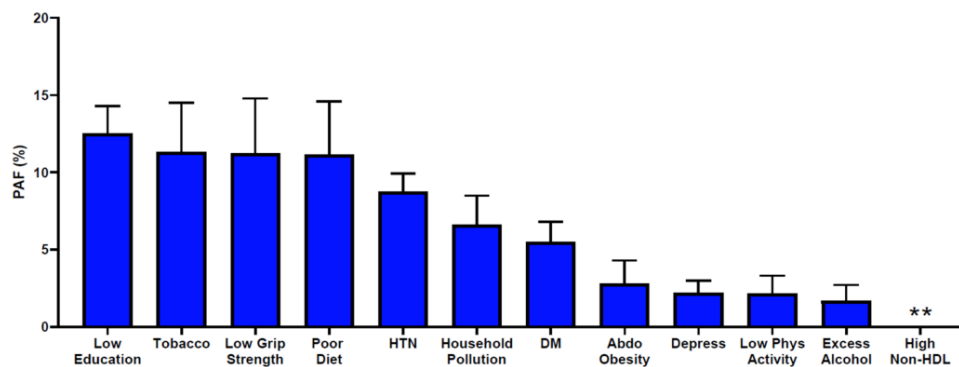
Source : Population Health Research Institute

- 61 Par ailleurs, la prise en charge curative des MCV constitue l'une des plus onéreuses en médecine. Les outils diagnostiques sont difficilement accessibles aux centres de santé de proximité qui sont en première ligne - voir l'unique structure de prise en charge - de l'essentiel des consultations médicales dans les zones rurales africaines. L'appareil d'électrocardiogramme (ECG) qui est l'outil diagnostique basique coûte en moyenne 1500 euros et l'échographe cardiaque (indispensable pour poser plus de 70 % des diagnostics les plus fréquents) revient à 20 000 euros. Dès lors, les appareils usagers (souvent des donations) dont l'ancienneté limite la qualité du rendu (taux de mauvais diagnostics non négligeable) constituent un recours fréquent.
- 62 L'Afrique fait face à une importante hétérogénéité de la prise en charge des MCV. L'Afrique francophone subsaharienne accuse le retard le plus important, en particulier l'Afrique centrale (BONNY, NGANTCHA *et al.*, 2017 et 2018 ; TALLE, BONNY, SCHOLTZ, 2018). Environ 20 % de pays de l'Afrique subsaharienne ne peuvent pas soigner les malades atteints de troubles curables du rythme cardiaque nécessitant l'implantation d'un pacemaker, exposant par conséquent des centaines de millions d'Africains à un

risque de mort subite cardiaque pour défaut de prise en charge (expertise humaine et plateau technique) dont le coût moyen est de moins de 1 500 euros. Parmi les déterminants de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires le niveau de scolarisation – donc d'information – est le plus décisif. Ce qui montre une forte corrélation classique la santé et le niveau de vie puis une articulation létale avec la pauvreté.



Population Attributable Fraction: Mortality



Impact des facteurs de risque sur la mortalité

HTN= hypertension artérielle, DM= diabète sucré

Source : Etude PURE

- 63 De manière générale, l'absence de couverture maladie universelle dans la plupart des pays africains est un frein important à l'accès aux soins des familles dont le revenu mensuel moyen est nettement inférieur au coût moyen d'une journée d'hospitalisation pour décompensation cardiaque.

5. La Couverture Maladie Universelle : un projet global, des trajectoires spécifiques

- 64 La couverture maladie universelle (CMU), encore baptisée « couverture sanitaire universelle » (CSU / *Universal Health Coverage* – UHC) représente un enjeu majeur, au niveau international et à l'échelon des pays dits à ressources limitées. Ce défi mobilise les acteurs bilatéraux, multilatéraux, les ONG, les associations et les États africains, dans un schéma qui n'est pas sans rappeler les objectifs et les inquiétudes qu'avaient généré les initiatives internationales pour la réponse à la pandémie du sida en Afrique. Plusieurs différences séparent néanmoins cette translation de l'international au national dans la mesure où la lutte contre le sida est intervenue en même temps que les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS). Les États africains étaient soumis à des injonctions contradictoires, entre l'impératif de réduction des dépenses publiques qui leur étaient imposé et l'incitation à la mobilisation politique qui leur était demandé pour répondre la crise épidémiologique liée au VIH/sida.
- 65 Le cas de la CMU intervient dans un contexte de « retour à la croissance » des États africains¹³ et, plus généralement de « retour de l'État en Afrique ». Les politiques de

santé et, à travers elle, le projet global de la couverture maladie universelle pour les pays pauvres représente également un challenge excitant pour la sociologie politique de l'action publique dans une Afrique globalisée. C'est dans ce contexte que la question de l'accès aux soins et à la prévention des Africains a connu une mutation importante avec la résolution adoptée en décembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle. Le projet est ambitieux et sa réalisation est jalonnée d'obstacles qui rendent l'analyse politique de sa construction importante, tant du point de vue de la rencontre avec plusieurs autres approches (économie de la santé, santé publique, socio-anthropologie de la santé, du développement, etc.). Bien que des difficultés connues et reconnues qui affectent l'accès aux soins des populations en Afrique subsaharienne restent à surmonter, cette résolution s'inscrit dans une dynamique dont la résolution 58.33 de l'Assemblée de l'OMS de 2005 était déjà une avancée non-négligeable. En effet, après qu'une littérature abondante a déjà tenté de montrer que le paiement direct des services de santé par les usagers était un frein à l'accès aux soins, l'OMS admettait et encourageait ses membres à rompre avec l'idéologie du coût direct pour les patients. Cette résolution notait que « tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières ». Autrement dit, est proclamé le principe de l'exemption de paiement direct pour les plus vulnérables ou dans les situations où le prix à payer représenterait pour quiconque une « dépense catastrophique de santé » pour le patient et/ou sa famille.

- 66 Une des caractéristiques majeures du dessein de la couverture maladie/sanitaire universelle est de souligner des trajectoires nationales très différentes dans les pays, y compris en Afrique subsaharienne où quelques pays ont amorcé cette action publique depuis les années 2000. Ainsi, le Ghana (AGYEPONG, 2016) et le Rwanda (CHEMOUNI, 2018) ou l'Ethiopie (LAVERS, 2019) sont souvent cités en exemple, à partir de modalités très différentes d'accès universel.
- 67 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer les services dont elles bénéficient. L'objectif de la CSU est de relever le défi de l'accessibilité du plus grand nombre aux services de santé. Dans ce contexte, l'historicité de l'action publique en santé dans les pays africains doit nous informer des capacités politiques et pas seulement financières qui président à la mise en place progressive de la couverture maladie universelle.
- 68 Cette grande diversité de situations est relative aussi à la question de la régulation étatique de la poly-gouvernance qui s'exerce également dans le cas du soutien aux pouvoirs publics par les différents partenaires internationaux de l'action publique en Afrique.

ANNEXE

Méthodologie du projet « Gouvernance et sida en Afrique (ANRS 12315) »

- 69 La comparaison du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et du Cameroun permet de contraster quatre configurations très différentes des politiques de lutte, allant de la « participation active » à l'« adhésion passive » aux recommandations internationales (EBOKO, 2005).

- 70 Notre hypothèse stipulait que les spécificités nationales du fonctionnement des CCM ne reflètent que partiellement les niveaux de dépendance à l'aide financière internationale mais sont plutôt marqués par des trajectoires politiques, économiques et épidémiologiques différenciées, qui orientent l'ethos du pouvoir (la manière de gouverner) dans chaque pays : la régulation des forces au sein des CCM dépend de ces trajectoires étatiques, que les CCM peuvent, en retour, influencer, tant sur le plan opérationnel que sur le plan de la démocratisation de la gouvernance elle-même.

Méthode utilisée

- 71 La méthode utilisée dans cette recherche est qualitative, par entretiens approfondis auprès des acteurs des CCM et exploitation des documents et archives. Elle est également assortie d'observations au sein des quatre CCM.

Entretiens semi-directifs

- 72 Ils ont été effectués auprès des représentants des secteurs membres du CCM qui sont :
- Le secteur public ;
 - Le secteur privé ;
 - Les associations de personnes atteintes et/ou touchées par le SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme (APASTP) ;
 - Les partenaires au développement.
- 73 Les entretiens, avec des thèmes communs et spécifiques pour chaque acteur, ont été abordés de la manière suivante :
- Thèmes communs portant sur :
 - Le cursus de la personne
 - Les modalités/l'historique de l'intégration au CCM
 - La place au sein de la catégorie d'acteurs qu'il représente
 - La qualité des relations entre différents secteurs représentés
 - La qualité de la coordination
 - L'expérience en matière de rédaction des demandes
 - Le regard/sentiment vis-à-vis du caractère contraignant des normes/directives
 - Les difficultés
 - Les tensions
 - Les changements/améliorations
 - Thèmes spécifiques
- 74 *Secteur public*
- L'avis de l'acteur sur le poids des autorités publiques
 - Leur représentativité est-elle suffisante ?
 - Le sous-secteur représenté (santé, éducation, finances, enseignement supérieur, etc.) est-il suffisant ?
 - Regard de l'acteur sur la nécessité politique (ou pas) du contrôle des autorités gouvernementales
 - Avis sur « l'indépendance » des CCM et la volonté d'éviter les conflits d'intérêts
 - Rapport avec les partenaires internationaux
 - Rapport avec les organisations de la société civile

75 *Partenaires bilatéraux*

- La stratégie et les mécanismes d'influence qu'il porte au sein du CCM
- Rapports avec les partenaires multilatéraux
- Rapports avec les autres partenaires bilatéraux
- Rapports avec les organisations de la société civile
- Points de vue sur « l'indépendance » du CCM

76 *Associations*

- Position sur la représentativité et le poids qualitatif et quantitatif des associations dans le CCM
- Relations avec les autorités gouvernementales
- Relations avec les partenaires internationaux
- Relations avec les autres représentants associatifs
- La marge de manœuvre sur le « plaidoyer » des associations pour la prise en compte des problèmes des populations vulnérables

Analyse des données recueillies

77 En nous basant sur les propos des enquêtés qui associent concertation, rapport de force, négociation, etc. les approches par pays et les analyses comparées s'articulent autour de certains thèmes tels que « agence », « réseaux » ou « communautés épistémiques »¹⁴. Précisément, ce sont :

1. Une ou plusieurs organisations multilatérales onusienne ou internationale : les agences de normalisation et/ou de standardisation, comme le Fonds mondial (EBOKO, 2015a ; 2015b). Ces agences constituent « *les contingentements internationaux imposés par des agences de normalisation et de standardisation des modes de gestion sociale relayée par les jeux d'acteurs africains et non africains* » (DARBON, 2010).
1. Une ou plusieurs agences de coopération bilatérale occidentale (européenne ou nord-américaine) : agences d'ajustement qui corrigent, accentuent ou soutiennent les pays et/ou les acteurs sociaux et politiques des pays dans la mise en œuvre des directives internationales auxquelles ces agences peuvent donner des orientations inédites.
1. - Une plate-forme de coordination des acteurs nationaux et internationaux présents sur le territoire des États africains concernés : agences de concertation qui agissent sur les procédures administratives et techniques dont la mission est d'organiser la mise en œuvre bureaucratique de l'action publique en question. Selon les secteurs, ces agences se réunissent suivant un agenda défini sur place dans les pays africains. C'est le cas des CCM.
1. Une structure étatique chargée officiellement de la mise en œuvre de l'action publique dans le secteur concerné : agences de régulation nationale. Elles portent le nom de Programme national, de Comité national ou encore de Conseil national de lutte contre le sida.
1. Un partenariat dit « public-privé » entre les structures étatiques et internationales d'une part et les entreprises ou fondations impliquées dans la promotion, la gestion et la pérennité du secteur en question.
1. Des associations nationales africaines - ou régionales dans quelques cas - représentant les personnes et les groupes directement concernées par l'action publique dans un secteur précis : agences d'exécution [OTAYEK, 2004, EBOKO in Otayek, 2004 ; EBOKO, 1999] agences de contre-proposition qui se spécialisent dans une activité dite de « plaidoyer ». Ces agences

sont en lien avec des organisations non-gouvernementales internationales avec lesquelles elles forment des réseaux transnationaux d'action/mobilisation collective.

1. Des acteurs non étatiques, notamment des Fondations internationales occidentales (États-Unis) ou des Groupements Intérêt Public (GIP, France) qui accompagnent et soutiennent le travail des agences d'ajustement et/ou celui des agences d'exécution. Ce sont aussi les médiateurs (PALIER & SUREL, 2005).
1. Des réseaux d'experts internationaux publics ou privés (universitaires, consultants, etc.). C'est dans ce cadre que l'on retrouve les « communautés épistémiques ».

Références bibliographiques

- 78 Agyepong et al. 2016, The “Universal” in UHC and Ghana’s National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country, 2016, *BMC Health Services Research*, 16:504, 1-14.
- 79 Akindes F., 2017, « « On ne mange pas les ponts et le goudron » : les sentiers sinueux d'une sortie de crise en Côte d'Ivoire », *Politique africaine*, 2017/4 (n° 148) : 5-26.
- 80 Almeida C. Eboko F., Moatti J.-P., 2013, Eds, *Does Global Health Exist ? Health, Science and Politics in Global South* », *Face A Face. Regards sur la santé*, 12/2013. <http://faceaface.revues.org>
- 81 Altman D. & Buse K., 2012, « Thinking Politically about HIV: political analysis and action in response to AIDS », in Buse K. & Altman D., Éds, *Thinking Politically about HIV, Special Issue Contemporary Politics*, 18 (2), June : 127-140.
- 82 Atlani-Duault L., Vidal L., 2013, « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, 2013/3 (n°215), p. 7-16.
- 83 Bonny A, Ngantcha M, Jeilan M, et al. 2017, Statistics on the use of cardiac electronic devices and interventional electrophysiological procedures in Africa from 2011 to 2016: report of the Pan African Society of Cardiology (PASCAR) Cardiac Arrhythmias and Pacing Task Forces. *Europace*. 21 2017.
- 84 Bonny A, Ngantcha M., Scholtz et al., 2019, Cardiac Ahythmias in Africa. Epidemiology, Management, Challenges and Perspectives. *JACC International*, n° 1, 2019.
- 85 Bossy T. & Evrard A., 2006, « Communauté épistémique », in Boussaguet L. et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po : 140-147.
- 86 Boyer S., Eboko F., Camara M., Owona Nguini ME, Koulla-Shiro S. & Moatti JP, 2010, Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection and decentralization of health care delivery in Cameroon : from international initiatives to national policy, *AIDS 2010* ; 24 (suppl 1) : S5-S15.
- 87 Chabrol F., 2002, « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale », *Revue internationale et stratégique*, 2, n° 46 : 129-136.
- 88 Chemouni B., 2018, The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda, *World Development*, 2018, n° 106, pp. 87-98.
- 89 Cooper F., 2003, *Africa since 1940: The Past of the Present*, Cambridge: Cambridge University Press.

- 90 Coriat B., Éd., 2008, *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*. TRIPS, Public Health Systems and Free Access, Edward Elgar Publisher, London.
- 91 Darbon D., dir., 2010, *Le comparatisme à la croisée des chemins. Autour de l'œuvre de Jean-François Médard*, Paris, Karthala.
- 92 Desclaux A., Kouanda S., Obermeyer C. M., 2010, « Stakeholders' participation in operational research on HIV care: insights from Burkina Faso », *AIDS 2010*, S1: S79-S86.
- 93 Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I. et Taverne B., 2002, *L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida ».
- 94 Dixneuf, 2003a, « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique globale », *Revue française de science politique*, 53 (2) : 277-304.
- 95 Dixneuf, 2003b, « La santé publique comme observatoire des dynamiques de la mondialisation », in Laroche J., dir., *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF : 213-225.
- 96 Dozon J.-P. & Fassin D., dir., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- 97 Eboko F., 1999, « Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », *Autrepart*, 12 : 123-140.
- 98 Eboko F., 2004, « Chantal Biya : "fille du peuple" et égérie internationale », In : Messiant C. (dir.) *Premières dames en Afrique. Politique Africaine*, (95), pp. 91-106.
- 99 Eboko F., 2005, « Patterns of mobilization: political culture in the fight against AIDS », in Amy S. Patterson, Éd., *The African State and the AIDS Crisis*, Ashgate Publishers, Aldershot : 37-58.
- 100 Eboko F., 2013, « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida », in Possas C. et Larouzé B., eds, *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida » : 207-224.
- 101 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala.
- 102 Eboko F., Abé C., Laurent C., Éd., 2010, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida ».
- 103 Eboko F., Hane F. Demande E., Faye S. L., 2015, « Gouvernance et sida en Afrique. Instruments, instrumentation, instrumentalisation de l'action publique internationale. L'exemple du Fonds Mondial », *Mondes en Développement*, Vol. 43-2015/2, n° 170 : 59-74.
- 104 Farmer P., Kleinman A., Basilio J. K., 2013, Eds, *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley- Los Angeles - London, University of California Press (California Series in Public Anthropology), 2013.
- 105 Gilks, C.F., S. Crowley, R. Ekpini, et al., 2006, « The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings », *Lancet*, n° 368 : 505-510.
- 106 Global Fund, 2012, *Global Fund Annual Report 2012*, Genève, Global Fund.

- 107 Gruénais M.-E., Éd., 1999, *L'organisation de la lutte contre le sida en Afrique. Une problématique État / société civile*, Rapport ANRS/IRD, Paris.
- 108 Haas P.M., 1992, « Epistemic communities and international policy coordination ». *International Organization*, Vol.46, n°1, Winter 1992 : 1-35
- 109 Kerouedan D., 2010, « Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme », *Médecine Tropicale*, 70 : 19-27.
- 110 Laborde-Balen G., Taverne B., N'dour CT, Peeters M., Ndoeye I. et al., 2018, The fourth HIV epidemic, *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 18, Issue 4, April 01 : 379-380.
- 111 Lavers, T., Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state'? The political drivers of health insurance, *Social Science & Medicine*, 2019: doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.007>.
- 112 Lemoine M., Girard P.-M., Thursz M., Raguin G., 2013, « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face A Face. Regards sur la santé*, n° 13, 2013 : <https://journals.openedition.org/faceaface/792>
- 113 Moatti J.-P. & Eboko F., 2010, « Economic research on HIV prevention, care and treatment: why it is more than ever needed ? », *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5 (3) : 201-203.
- 114 Moatti J.-P., 2011, « Lutte contre le sida, mobilisations politiques et changements de paradigme : l'exemple de l'économie de la santé dans les pays en développement », in Eboko F., Broqua C., Bourdier F., Éd., *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD Éditions : 371-394.
- 115 Msellati P., Vidal L., Moatti JP, Éd., 2001, *L'accès aux traitements du VIH en Côte d'Ivoire - Evaluation de l'Initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique*, Paris, ANRS.
- 116 Nantulya V., 2004, «The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: what makes it different », *Health Policy and Planning*, 19(1) : 54-56.
- 117 Pigeaud F., 2011, *Au Cameroun de Paul Biya*, Paris, Karthala, coll. « Les terrains du siècle ».
- 118 Pizarro L., 2012, « Comment financer le Fonds Mondial ? », *Transcriptases*, 149, Spécial Washington 2012 : 12-13.
- 119 Soubeiga K.-A., 2018, *Construction et reconfigurations de l'action publique contre le sida au Burkina Faso. Acteurs, controverses et dynamiques*, L'Harmattan-Burkina Faso.
- 120 Souteyrand, Y.P., V. Collard, J.P. Moatti, et al., 2008, « Free care at the point of service delivery: a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries », *AIDS*, 22 Suppl 1: p. S161-8.
- 121 Spicer N., Aleshkina J. , Biesma R. , Brugha R. et al. 2010, « National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? », *Globalization and Health* 2010, 6:3 : 1-16. <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/3>.
- 122 Talle MA, Bonny A, Scholtz W, et al. Status of cardiac arrhythmia services in Africa in 2018: a PASCAR Sudden Cardiac Death Task Force report. *Cardiovasc J Afr*. 2018;29(2): 115-121.
- 123 Tchiombiano S., Nay O., Eboko F., 2018, « Le pouvoir des procédures : les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratisation : l'exemple du Fonds

mondial en Afrique de l'Ouest et du centre ». In Grégoire E, Kobiané J-F, Lange M-F, éditeurs. *L'Etat réhabilité en Afrique: réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*, Paris, Karthala : 105-124.

- 124 Zackaria Touré O., 2009, « Les relations commerciales États-Unis / Afrique subsaharienne sous l'*African Growth and Opportunity Act* », *Revue québécoise de droit international*, 22 (2) : 81-122.

NOTES

1. L'AGOA est une loi fédérale américaine adoptée en mai 2000 par le Congrès des États-Unis et signée par le président Bill Clinton. Cette loi vise à favoriser l'entrée sur le marché américain d'entrepreneurs. *res africains.es*. Voir Zackaria Toure (2009).
2. Voir : <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2017-11-14-global-fund-appoints-peter-sands-as-executive-director/>
3. Voir dans ce volume la contribution de Stéphanie Tchiombiano.
4. Voir Paul Benkimoun, « Le Fonds mondial fixe ses objectifs financiers pour 2020-2022 », *Le Monde* du 17 janvier 2019.
5. Selon la loi des finances de 2010.
6. Source : PNPEC, Côte d'Ivoire et rapport interne du Groupe Gouvernance (Bah, 2012).
7. Qui préconisait désormais le relèvement à 350 CD4/mm³ du seuil d'éligibilité pour l'initiation du traitement et le retrait progressif de la stavudine dans les traitements de première ligne, remplacée par la zidovudine ou le ténofovir (en cas d'anémie ou de co-infection VHB pour ce dernier). A ce jour, la directive est celle du Test and Treat.
8. Décision n° 0498 du 04 avril 2019 signée par Dr Manouda Malachie, Ministre de la Santé Publique du Cameroun.
9. Les résultats de cette étude ont été présentés au grand public à Yaoundé, le 16 juillet 2018 à l'Hôtel Hilton par la représentante du ministère de la santé publique du Cameroun, Pr Anne-Cécile Zoung Kanyi Bissek, présidente du comité de pilotage de l'étude Camphia.
10. Voir : <https://www.who.int/hepatitis/about/fr/>
11. Nous remercions chaleureusement Pr Aimé Bonny, cardiologue, Université de Douala (Cameroun), pour les orientations et les informations concernant cette partie de l'article.
12. *Lancet* 2019, 3 septembre ; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
13. Les États africains connaissent une croissance moyenne d'environ 5 % sur la dernière décennie. L'année 2014 a connu une petite baisse de cette moyenne avec 4,2 % de moyenne du fait du ralentissement de certains investissements internationaux liés à la crainte d'Ébola et de la baisse du cours des matières premières.
14. Dont il convient de rappeler ici les définitions : « Ce sont des réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques » (Haas, 1992 : 4). « La notion de communauté épistémique désigne les canaux par lesquels de nouvelles idées circulent des sociétés vers les gouvernements et d'un pays à l'autre » (Bossy & Evrard, 2010 : 140).

Background and evolution of an international solidarity instrument (eng)

Fred EBOKO and And the "Governance and AIDS in Africa group"

- 1 The advent of the Global Fund in 2002 marks the end of a period of international procrastination in the midst of one of the most difficult tragedies the health world has ever experienced, the AIDS pandemic. Sub-Saharan Africa undoubtedly represents the urgency to which the international community has had to respond by inventing this instrument of solidarity, which is unprecedented in the history of public health (De Cock, Mbori-Ngacha, Marum, 2002). While the creation of the Global Fund provides a decisive impetus for the care and prevention of the three diseases to which it is dedicated, it has been the subject of failed attempts, and has come up against *Real Politik* and the financial interests that govern the neo-liberal economy. The pharmaceutical industry has thus been the cornerstone of the system (Dixneuf, 2003a; 2003b) within which the Global Fund has set itself the task of clearing a path. The aim was to enable patients in countries modestly called "resource-limited" to access care and survive a combination of lethal threats (Moatti, 2013).
- 2 The work to which international personalities have devoted their strengths and authority integrates and goes far beyond the field of health alone. For the Global Fund to emerge, these energies have drawn their essence from the virtues and workings of diplomacy, have been inspired by diplomatic contests, have activated social networks, invented new directories of collective action or manipulated certain habits to which some Western opinions are sensitive, such as the issue of security (Chabrol, 2002). The struggle was fought on several fronts: from transnational collective mobilizations to diplomatic negotiations led by first-class professionals. The idiom of international solidarity was far from enough to face disparate interests. The battle was thought and carried out on political grounds (Buse and Altman, 2010).
- 3 In 1997, at the 10th International Conference on AIDS and Communicable Diseases in Africa (CISMA), the French Minister of Health, Bernard Kouchner and the President of

the Republic Jacques Chirac launched the idea of an International Therapeutic Solidarity Fund (ITSF) in Abidjan. He gave birth to a field of wasteland. Indeed, the UNAIDS initiative to which the ITSF initially leaned had some lead in the wing: patent enforcement in the hands of the major pharmaceutical companies with which agreements were signed (Desclaux, et al. 2002).

- 4 The three pilot projects that emerged from this initiative, in Côte d'Ivoire, Uganda and Chile, produced a slow increase in the rate of patients undergoing treatment. Indeed, the cost of treatment, although reduced, remained a significant barrier. This constituted a socio-economic filter, with no causal link to the clinical criteria of patients' eligibility for treatment.

International contingencies facing a public health threat

- 5 As early as the late 1980s, the US Democratic Executive, including Vice President Al Gore, launched the idea of supporting the fight against AIDS in Africa, given the dramatic seroprevalence rates in southern Africa. He received strong opposition from the Republicans, one of whom argued that he did not see how the United States was concerned about HIV/AIDS-related mortality in Africa. On the other hand, the Republicans were not very reluctant to join the project for African-American economic cooperation: the African Growth and Opportunity Act (AGOA)¹.
- 6 Meanwhile, AIDS associations in Europe and the United States were committed to translating the efforts resulting from the discovery of antiretroviral combination therapies from North to South (Eboko, Bourdier, Broqua, 2011). The diplomats took their lead with a mobilization of personalities for whom the field of health was not the preferred one and in which they showed a cold and pragmatic strategic intelligence.
- 7 In this respect, American soil was a beautiful scene for diplomatic bypasses in 2000. US Ambassador to the United Nations in New York, Richard Holbrooke, and UN Secretary General Kofi Annan, who had just returned from a mission in southern Africa, succeeded in placing the issue of AIDS in Africa on the agenda of the UN Security Council. This is the first time in the history of the United Nations that a health issue has emerged from the Security Council's register, which is more inclined to rule on armed conflicts.
- 8 Thus Resolution 1308 of the said Council represented an international awareness at the top of the world's political power. This resolution, from a media, political and diplomatic point of view, puts health in Africa on the official agenda of priorities for industrialized countries. In this dynamic Kofi Annan will take his pilgrim's stick and launch in several steps the idea of the "Global Fund".

The Global Fund, a political alliance

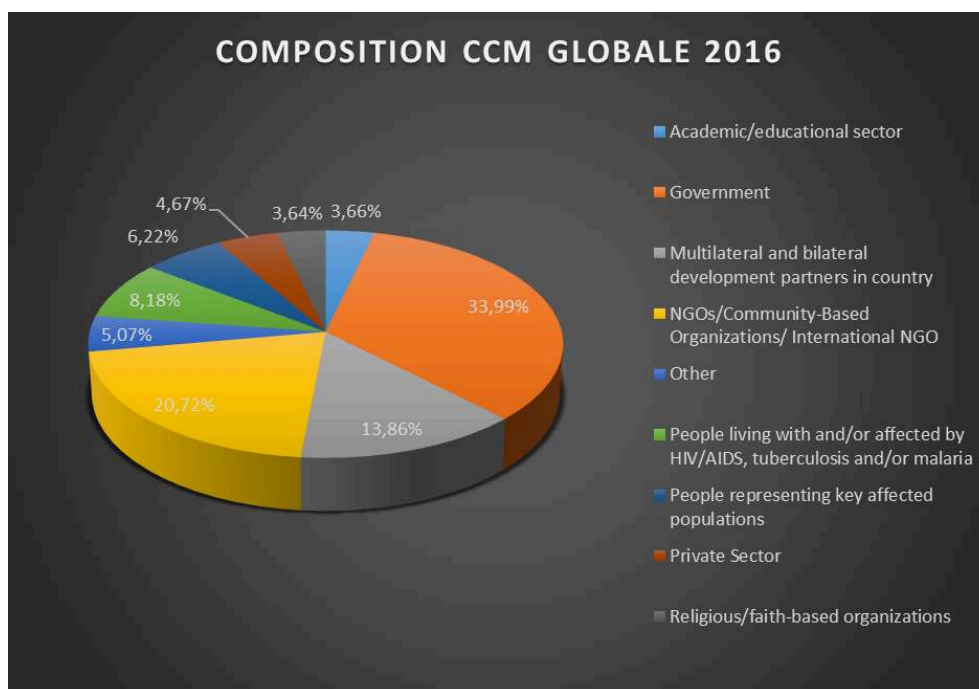
- 9 During 2001, the Secretary General of the United Nations was active in media coverage of a new international impetus, first focused on the HIV epidemic and then extended to tuberculosis and malaria. At the Conference of French and African Heads of State held in Yaoundé in January 2001, Kofi Annan went there with his wife, with whom he supported the launch of a Forum dedicated to the fight against AIDS, on the sidelines of the Summit of Heads of State. The wives of the heads of state thus launched the organisation "African Synergies" (Eboko 2004).

- 10 In April of the same year, Kofi Annan travelled to Abuja, Nigeria, with the Director-General of WHO, for the Summit of African Heads of State and Government on AIDS in Africa. He formally launched the idea of the "Global Fund to Fight AIDS" at the end of the meeting, which will also see the same Heads of State and/or their representatives sign the famous "Abuja Declaration". Through the latter, the African authorities commit to devoting 15% of their national budgets to health.
- 11 In June 2001, the United Nations, under the leadership of the same Kofi Annan, hosted the United Nations Special General Assembly on AIDS (UNGASS) in New York. The Secretary-General officially launched the Global Fund, whose NGOs strongly suggest that it be extended to tuberculosis and malaria. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria is formally established. In January 2002, at the G8 meeting in Genoa, Italy, it was officially launched, and the first grants were awarded.
- 12 Since its inception, the Global Fund has been led by four prominent individuals. Two medical professors succeeded each other at the head: the American Richard Feachem between 2002 and 2007, Michel Kazatchkine between 2007 and 2012. Peter Sands of the United Kingdom was appointed Executive Director of the Global Fund on 17 November 2017 by the Board of Directors. He officially took office in March 2018. He succeeds the American Mark Dybul. Peter Sands, an international finance specialist and graduate of Harvard University,² is the first non-physician to lead the Global Fund, except for the interim role of another financier, the Brazilian Gabriel Jaramillo, between 2012 and 2013, the period corresponding to the implementation of the *New Funding Model* (NFM) implemented in 2014³. Since 2002, the Global Fund has raised and spent \$27 billion (€23 billion), of which 50% has been spent on HIV/AIDS, 32% on malaria and 18% on tuberculosis. It is estimated that it has saved 22 million lives and resulted in a 30% reduction in HIV-related mortality.
- 13 This study takes the opportunity of the Global Fund's Replenishment Conference to publish these first qualitative results.
- 14 Between 2017 and 2019, the Fund invested \$14 billion to "save 14 million lives". While France has maintained its contribution above €360 million over this period, the Replenishment Conference is of crucial importance, particularly because of the 18% drop in funding provided by the United States of America, the largest contributor.
- 15 In preparation for this Replenishment Conference in Lyon, the Executive Director of the Global Fund plans to "mobilize at least \$14 billion (€12.23 billion). At his meeting in Paris with French President Emmanuel Macron on 11 January 2019, Peter Sands estimated that this amount *would "help save 16 million lives, halve mortality rates from HIV, tuberculosis and malaria, and build stronger health systems by 2023"*⁴.

The Global Fund from an African perspective

- 16 The purpose of this dossier is to analyse the contexts in which Global Fund financing is provided in the region of the world most affected by the diseases to which this mechanism owes its birth: sub-Saharan Africa. Based on the *Country Coordinating Mechanism* (CCM), which form the multi-stakeholder collegial structures within which the distribution of funds with multisectoral action plans is organised, this dossier proposes downstream studies, on the "ground" from four countries. The latter have the

particularity of having experienced progress due to international financing but also of being the area in Africa in which this progress is slowest: West and Central Africa.



- 17 This dossier is the result of a research project conducted since 2015 with funding from the National Research Agency on AIDS and viral hepatitis. Initially devoted to three countries: Senegal, Côte d'Ivoire and Cameroon, this collective work was extended to Burkina Faso through doctoral research that joined the research activities of this project.

CCM Composition in 2016 and Cumulative FM/Country Funding (Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Senegal)				
Sector	Burkina Faso	Cameroon	Ivory Coast	Senegal
Academic institutions			3	2
Government	24	24	13	24
Multi- and bilateral partners	5	9	13	10
NGOs/Community-Based Organizations/International NGOs	11	10	11	11
People living with and/or affected by the diseases	5	4	1	4
Key populations	3	2		1
Private sector	3	4	6	3

Faith-based organizations	3	4	4	4
Others	5		7	3
Grand total	59	57	58	62
Amount disbursed to date (USD)	431,490,104	486,090,585	525,834,139	298,219,981

Presentation of the context and justification of the project

- 18 The international financial crisis and the governance crisis of the Global Fund Secretariat (Pizarro, 2012; Global Fund Report, 2012; Eboko et al, 2015) have come at the opposite end of a period of high expectations for the region of the world most affected by the HIV/AIDS epidemic, sub-Saharan Africa. The paradoxical combination of international uncertainties, the "return to economic growth" of African states and exceptional progress in international and national responses to HIV/AIDS sets a new context since the late 2000s. The international financial crisis comes at a time when Africa is emerging from the tunnel of the economic crisis in the strict sense of the term and during the period when it has made remarkable progress, with its international partners, in the fight against the three priority diseases. Between 2010 and 2012, in sub-Saharan Africa, "a record 2.3 million people gained access to HIV treatment" (UNAIDS, 2012), with ever-increasing financial needs (Pizarro, 2012: 12). Between changes in the priorities of the fight itself (marked by *Scaling-up* and re-medicalisation embodied by *Test-and-treat*), international recession, particularly in Europe, and African economic "renewal" - underlined by observers sensitive to market economy indicators - the central question is therefore that of the articulation of the financial challenges of the fight against AIDS and the clusters of transnational actors that accompany the implementation of national responses: this is to say the question of "governance" in the context of the AIDS response.
- 19 The expansion of the AIDS pandemic and international responses between the mid-1980s and the early 2000s meant that African states were faced with conflicting international injunctions. On the one hand, Structural Adjustment Programmes (SAPs) reduced public investment, resulting in a reduction in health spending by forceps; on the other hand, international AIDS responses have provided resources, mobilized new expertise, led to the establishment of new health bureaucracies in the field of AIDS, tuberculosis and malaria and generated reversals of economic paradigms (Moatti et al., 2003; Moatti and Eboko, 2010; Coriat, 2008). Between the "State withdrawal" imposed by SAPs and "bureaucratization" (Eboko, 1999, Gruénais 1999) in the health sub-sector of HIV/AIDS, a model of public action has emerged that concerns the broader "global health" landscape. In the more general configuration of public policies, African States are now "framed" by a constellation of actors with whom they co-write public action (Eboko, 2013a and 2013b). Understanding and guiding action in such a complex landscape is a challenge for the social sciences.
- 20 This project proposes action research in the social sciences focusing on the main funding and public action mechanism in the field of HIV-AIDS, the Global Fund. It is

particularly interested in *Country Coordinating Mechanisms (CCMs)*, which are both the strategic link in its work in African countries and, as part of this research, an empirical entry point for more general research on the governance of the AIDS response in Africa. A comparative approach at the heart of these bodies is the subject of this project, based on three countries whose common points and differences allow for in-depth investigation and concerted actions to improve coordination, based on the deconstruction of policy issues that cut across the CCMs and the constellation of actors that underpin public action against HIV/AIDS in Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso and Cameroon.

1. research objectives

Main objective

- 21 Describe how the work of consultation and negotiation between CCM actors is the product and revealing of the *specific* political trajectories of the different African States. The comparison of Senegal, Côte d'Ivoire and Cameroon makes it possible to contrast three very different configurations of control policies, ranging from "active participation" to "passive adherence" to international recommendations.
- 22 This study will propose a general theoretical framework to analyse how sub-Saharan Africa is governed within the framework of "global health" policies, considering the construction of public action within a *matrix* that includes representatives of international organizations (IOs), bilateral partners, representatives of civil society organizations (CSOs) including patient representatives, private partners and, of course, the public.

Secondary objectives

- 23 Compare and communicate, as the research progresses, the elements resulting from this comparison to the actors involved in CCM governance.

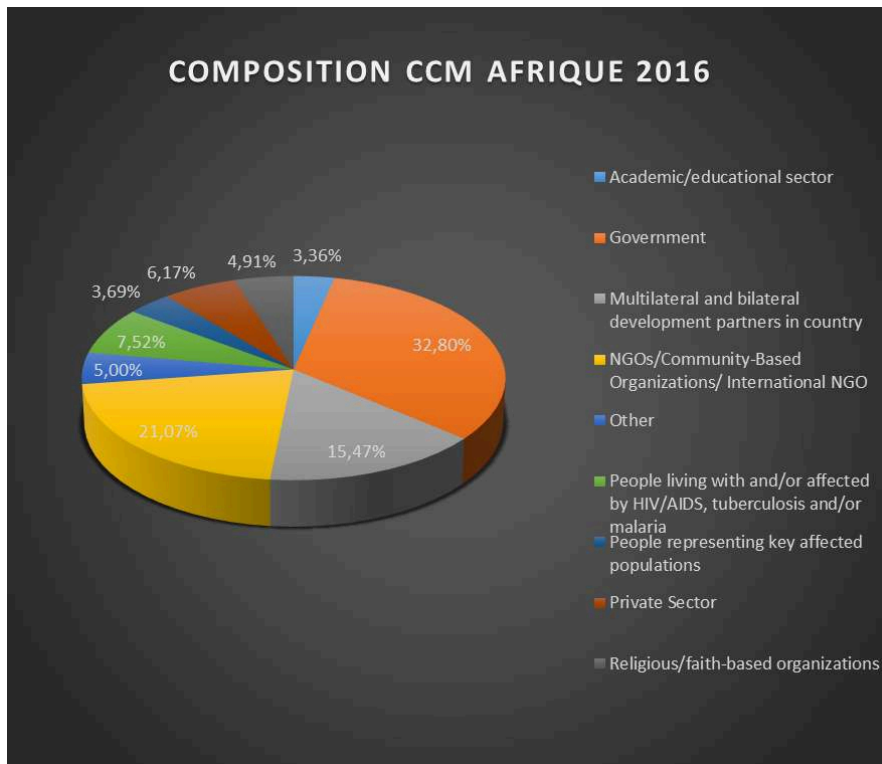
CCM, African States and Global Fund, between dependencies and negotiations: presentation and issues

- 24 When it was created, the Global Fund presented itself as an "innovative, flexible and lightweight mechanism" to break away from international organizations and the criticisms addressed to them (Dozon and Fassin, 2001). In this respect, its creation coincides with the rise of "Global Health", presented as a new way of conceiving and implementing health research and action in the South (Farmer et al. 2013). The Fund also embodies the "new paradigm" of development assistance, as set out in the Paris Declaration: effectiveness, ownership, participation and alignment with country needs/demand and not with aid supply (Nantulya, 2004). This ambition is reflected in the Fund's institutional architecture. These principles make it the embodiment of the new international aid paradigm, which is reflected in the Fund's organization and operating procedures.
- 25 The CCMs, created in the wake of the Global Fund's creation in 2002, are responsible for generating funding applications to the Global Fund, identifying the beneficiaries of these funds, and monitoring grant implementation. More than simple mechanisms,

CCMs are therefore real institutions that are intended to be at the heart of national AIDS governance. These institutions are also formatted by the Fund, which issues a set of criteria, recommendations, and incentive mechanisms (CCM self-assessment grids, etc.) that should determine the eligibility of applications. Ownership of this governance modality appears to be uneven across countries, and CCM (dys) operations are seen as obstacles to the effective functioning of the Fund. Their composition itself is extremely variable and their members are not always the ones who actually produce the national AIDS response in countries (see Table 1 above).

On the composition of the CCMs

- 26 A CCM is the main channel through which requests for funding from the Global Fund in the form of National Coordinated Proposals (NCPs) are channelled. However, the Fund also reviews so-called non-CCM requests according to very strict criteria: this requires that the requesting agency (usually an NGO) has a national context marked by the absence of a legitimate government, the absence or termination of partnership with civil society and NGOs, or a situation of conflict (as in the case of Côte d'Ivoire in Round 3) or natural disaster. In addition, the Global Fund also receives funding requests from Regional Coordinating Mechanism (RCM) or Regional Organisations (RO) for *Multi-Country Catalyst Investments*. However, the CCM is the consultation agency par excellence that acts as a local relay for the Global Fund's action and coordinates the implementation of the actions it finances at the national level.
- 27 According to the Global Fund's guidelines adopted from the resolutions of the 9th Board of Directors held in November 2004, the CCM must be composed of at least 40% representatives of the non-governmental sector such as NGOs, people living with diseases, religious or faith-based organizations, the private sector and academic institutions. This configuration leaves a considerable margin for government in terms of representation on the CCM, which is used in very different ways in different countries. Thus, while governments are the most numerically represented sector on CCMs worldwide, there is an over-representation of this category within the Cameroon CCM compared to the overall average.



Cameroon, Senegal, Cote d'Ivoire, Burkina Faso: four countries in crisis facing HIV-AIDS

- 28 The four countries involved in this project share a common historical sequence. They were grouped in so-called "middle-income" African countries before the second oil crisis of 1979, which caused the long economic crisis and the SAPs from the 1980s to the early 2000s. (Cooper, 2003).
- 29 The transition to a multi-party system has shaken up the monolithism of Cameroon and Côte d'Ivoire, while Senegal had already begun this transition. Indeed, from a political point of view, Senegal is the country that has the most regular democratic procedures (elections with uncontested or slightly contested results, peaceful and democratic political alternation, etc.) while Cameroon has, under the guise of a multi-party system, seen a reproduction of a regime without alternation since its independence, despite the transition to a multi-party system (Eboussi Boulaga, 2007). For its part, Côte d'Ivoire entered the post-Houphouët-Boigny multi-party era through a succession dispute and constitutional conflicts that marked the country from the 1990s until Alassane Ouattara came to power, which sealed a decade of crisis and armed violence (Akindes, 2017).
- 30 Confronted in the 1980s with the HIV-AIDS epidemic, most of African States had implemented National AIDS Control Programmes, in line with the approach launched by the Global Programme on AIDS (GPA, WHO) (Iliffe, 2006). Senegal was one of the very first to adopt it in 1986. While Senegal is known for its "active" response and proactive adherence to international strategies, the other two countries have adopted postures that were part of a "passive adherence" to international strategies. Cameroon and Côte d'Ivoire, like most of their African counterparts, experienced a period of political latency (1987-2000) although national programmes were formally implemented (Eboko, 2005; Kerouedan, 2010). The "therapeutic revolution" that followed the opening

towards access to ARVs changed this perspective. To date, the introduction of antiretroviral molecules in the form of "generics" distributed mainly by Indian laboratories, and the support of the Global Fund and PEPFAR (for the Ivorian case) have led to an exponential increase in the care of patients eligible for ARVs.

- 31 This success is accompanied, in the four countries concerned, by a high dependence on international aid to finance the fight against AIDS - today, 67% of AIDS funding in sub-Saharan Africa comes from foreign donors. Senegal and Cameroon benefit from the main assistance of the Global Fund, while Côte d'Ivoire, which also benefits from it, has had much greater financial support from PEPFAR since 2004 - making Côte d'Ivoire a useful case study for comparative analysis of the role of the Global Fund. This common dependence actually covers the four countries' differing capacities to integrate into the international relations order of "global health", based on very different epidemiological situations. These differences are also reflected in the varied composition of the CCMs themselves (Table 1): while there are more State/government representatives in the three countries, Cameroon, for example, shows a high number of government representatives, reflecting a desire for political control by the administration (Pigeaud, 2011), apparently offset by the strong presence of associations.
- 32 In short, the common and differentiated trajectory of the four countries bases their comparability and justifies their choice for this study - even if they all belong to the French-speaking area, they illustrate a large part of the range of political configurations in the fight against HIV-AIDS present on a continental scale (Eboko, 2013a).

2.3. Differentiated trajectories

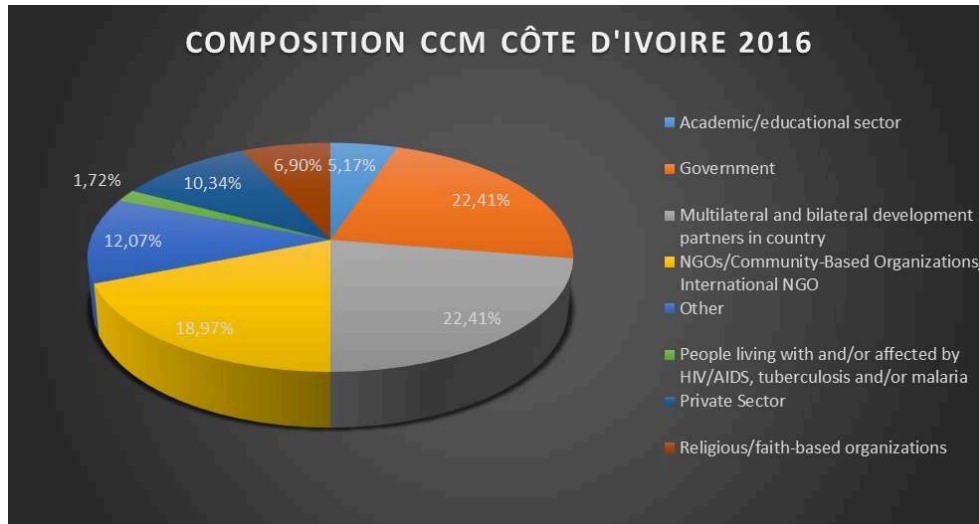
Senegal: a pioneering country at a crossroads

- 33 In 1998, Senegal was the first African country to launch a public initiative on its own to access antiretrovirals: the Senegalese Initiative on Access to ARVs (ISAARV) (Desclaux, Lanièce, Ndoye, Taverne, 2002). This is again done through agreements with an oligopoly of patent-holding pharmaceutical companies, but this time without the intermediation of UNAIDS. Although Senegal is a special case due to its relatively low HIV/AIDS seroprevalence rate (0.7% for 15-49-year olds) compared to its African counterparts, its action has highlighted political opportunities for direct negotiation at the level of African countries.
- 34 The Senegalese government's share of funding for the fight against HIV/AIDS for the period 2010-2013 represents 21% ('17,802,994) of the general resources dedicated to the national response. 24% (19,496,788 euros) come from international organizations and cooperation partners in Senegal. The Global Fund covers 55% (€45,263,730) of the needs (CNLS-Senegal, February 2013).
- 35 The priority given to the health sector has resulted in a constant increase in the Ministry of Health's budget from CFAF 29 billion in 2000 to CFAF 108.4 billion in 2010⁵. This budget now represents 10.4% of the State's operating budget. In addition, the State has undertaken to finance 40% of the ARV budget and provides a counterpart in the functioning of the National Council for the Fight against AIDS (CNLS Senegal, 2013).

- 36 Senegal has a very high acceptance rate for its applications to the Global Fund, due to the relative continuity of actors and in particular the Executive Secretary of the CNLS, who is the oldest "boss" of an AIDS programme in Africa (since 1986).

Côte d'Ivoire: emerging from one crisis, facing another

- 37 While Côte d'Ivoire was a pioneer in launching ARV access programmes, notably as one of the four countries chosen to set up the "UNAIDS/Ministry of Public Health Initiative" in 1998 (Msellati, Vidal, Moatti, 2001), the "scaling up" and decentralization of comprehensive care for infected people has been made possible, although the various political and military crises of the last decade have slowed its implementation.



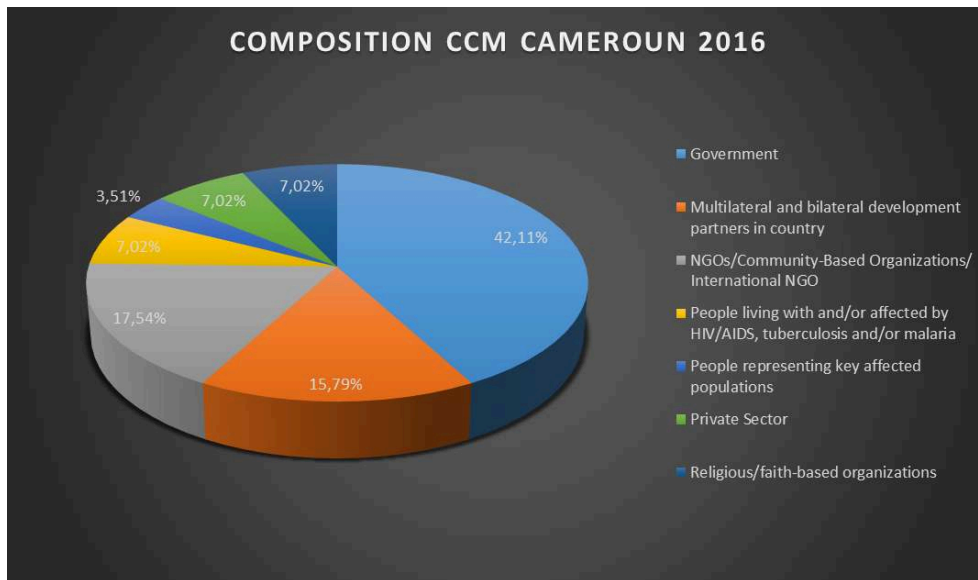
- 38 Côte d'Ivoire is the only French-speaking country to have been chosen in 2003 by the United States to benefit from its PEPFAR program. US bilateral aid thus represents 74% of its external aid dedicated to HIV/AIDS, which in turn represents 87% of its overall budget (UNGASS 2010). This massive support has made it possible, despite political instability, to increase the number of people receiving care tenfold, from 2000 people on ARVs in 2004 to nearly 75,000 in 2010, with the introduction of free care in 2008. However, Côte d'Ivoire's ARV coverage remains blocked at 37%, in a context where the epidemic is widespread (3.4%).
- 39 In 2014, Côte d'Ivoire deplored a \$20 million shortfall in implementing its national programme. Indeed, although Global Fund Round 9 financing was disbursed and the World Bank reinitialized its PUMLS program in 2009 (suspended in 2003 for arrears), Côte d'Ivoire was doubly affected by the global economic crisis and the violent post-election crisis whose outcome reconfigured the Ivorian political landscape (Akindas 2017). The Ivorian crisis has disrupted the global health system (looting and deterioration of equipment, exceptional free medical expenses from April 2010 to February 2011), stopped the inclusion of people eligible for treatment and accelerated the disengagement of some partners. Health structures, NGOs and associations have experienced serious difficulties: layoffs of medical and technical staff, technical unemployment, reduced support for prevention and training activities, purchase of equipment, etc. The lull in 2011 was part of the search for new sustainable financing strategies: debt reduction and development contracts (C2D) between Côte d'Ivoire and

France, low-interest loans from the African Development Bank and taxes on mobile phones.

- 40 The fight against HIV/AIDS in Côte d'Ivoire is also facing the challenge of its institutional reorganization. In order to simplify its coordination, the technical committee in charge of decentralization have been abolished and the merger of its new Ministry of HIV/AIDS with the Ministry of Health has been decreed, leaving national public actors on hold, pending further concrete alternative measures.
- 41 The State's share of funding in the fight against AIDS is CFAF 445,443,610: 19%. The State in its efforts is supported by bilateral partners: PEPFAR (1,437,249,756.5 CFA francs: 63%), the Global Fund (148,624,054 CFA francs: 6%), the World Bank (116,870,585 CFA francs: 5%) and organizations of the United Nations and international system: UNICEF (116,796,479 CFA francs: 5%), WHO (11,919,500 CFA francs: 1%), APHL (8,110,700 CFA francs: 0.8%) and MSF Holland (2 350 942 FCFA : 0.2%)⁶. Recently, "*Côte d'Ivoire has raised US\$8 million from tobacco and airline taxes*", which testifies to the Ivorian authorities' awareness of the danger represented by its dependence on international funding.
- 42 Investigations conducted in Côte d'Ivoire show varying power relations between public authorities, international actors and associations. PEPFAR's financial contribution represents 78% of the resources allocated to the fight against the three diseases, compared to 15% of the funding provided by the Global Fund. This makes Côte d'Ivoire a case control compared to the other three countries in this study. At the same time, this situation erects this country in the event of a school of tension between multilateral aid embodied by the Global Fund and bilateral aid, which forms the seal of the influence of countries such as the United States and France, under an offensive marked by the American PEPFAR.

Cameroon: from a dynamic of success to the beginning of an ARV crisis?

- 43 While Cameroon has long been a relatively passive country in the fight against AIDS (Eboko, 1999b), multiple changes in the international and national context have marked the Cameroonian programme since the EVAL survey and other parallel evaluation work were carried out (Eboko, Laurent, Abé, 2010).
- 44 The first significant development concerns the adoption by the Cameroonian government, in May 2007, of free ARVs for all, with a view to strengthening universal access to treatment (Gilks, Crowley, Ekpini et al. 2006; Souteyrand, Collard, Moatti, 2008 ; Eboko, Abé, Laurent, 2010). This measure has strengthened the decentralization of access to ARVs (Boyer et al, 2010) and significantly increased the number of patients receiving ARV treatment, from 23,800 in September 2006, when the EVAL survey began, to 45,000 in December 2007 and 105,653 at the end of 2011 (CNLS-Cameroon/UNAIDS, 2012).



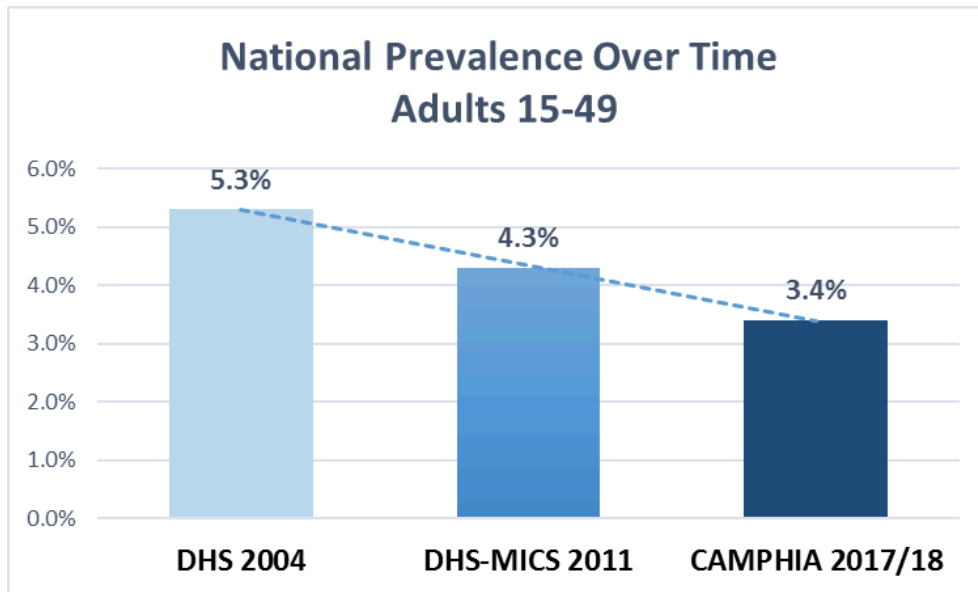
- 45 At the same time, the 2010 revision of WHO's recommendations for initiating ARV treatment in low-resource countries has the dual effect of increasing immediate treatment needs and the cost of first lines, increasing financial pressure on programmes (WHO, 2010). These developments are taking place in an international context marked by a major economic crisis that is affecting official development assistance and resources allocated to the fight against HIV, which, after a decade marked by a spectacular increase, has been declining since 2010 in terms of funding from international donors. While since 2000, the PNLs has been mainly financed by development assistance (74 per cent of programme expenditure, including 47.4 per cent of funds, for the Global Fund) (World Bank, 2012: 8), the situation is now worrying.

PEPFAR: a new impetus for Cameroon?

- 46 In addition to these funding opportunities, PEPFAR has arrived in Cameroon with a US\$24 million project for activities in the Adamaoua, East and two English-speaking regions, South-West and North-West. To this, PEPFAR plans to add US\$100 million for complete free access to health care and biological examinations throughout the country, as of ¹ January 2020. This promise is accompanied by an unprecedented decision by the new Minister of Public Health. On 4 April 2019, it decided to make HIV management services free of charge for all: biological monitoring tests (CD4 and viral load); drugs to prevent opportunistic infections and their collection. This decision shall take effect as from ¹ January 2020⁸. In addition, the same decision also applies to health facilities: "reagents and medicines for all examinations (...) are provided free of charge to health facilities and laboratories selected by the Ministry of Public Health".
- 47 At the same time, the concern for "impact" observed in Côte d'Ivoire is emerging in Cameroon from American cooperation. A pilot study called "Camphia" (Cameroon Population-based HIV Impact Assessment), conducted in 2017-2018, successfully reviewed the situation of HIV/AIDS, tuberculosis and hepatitis B. Conducted under the leadership of the CDC of Atlanta, Columbia University of New York and PEPFAR, this research conducted in the 10 regions of the country made it possible to carry out HIV testing in 11,623 households for 15,419 women and 13,216 men (aged 15 to 64) and 8,018

children (aged 0 to 14). The test for the hepatitis B virus involved 1962 adults (15-64 years old)⁹.

HIV prevalence in Cameroon in 2018



Source: Camphia 2018

(DHS: Demographic and Health Survey (DHS))

Prevalence of HIV (HIV) and Hepatitis B Virus (HBV) in Cameroon in 2018

Hepatitis B/HIV coinfection

HIV Status and Age	HBV Prevalence		
	Females	Males	Total
HIV Positive			
15-64 years	7,9	9,5	8,4
HIV Negative			
15-64 years	5,4	11,3	8,3
Total			
15-49 Years	6	12,4	9,2
15-64 Years	5,5	11,2	8,3

Among the age group 15-64 years old

- National prevalence of Hep B : 8,3
- National prevalence of coinfection HepB/HIV: 8,4

Source: Camphia 2018

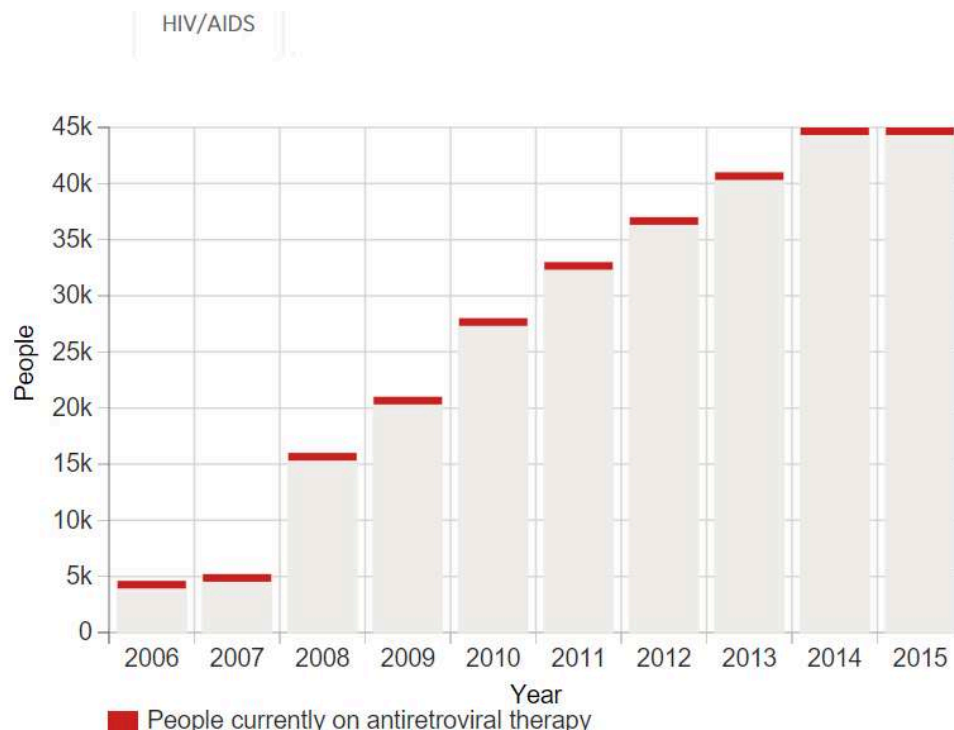
- 48 Cameroon's major problem is its "governance", in general in terms of health in particular, due in particular to the hyper-focus of local actors on very short-term political and material issues (World Bank, 2013). This detachment from long-term challenges explains the very strong breakdown of experts beyond the available skills.

The "counter-offensive" of the American PEPFAR and the changes that occurred in 2018 in the governance of the Ministry of Health suggest short-term developments that could fall between a change of perspective or a dramatic reversal of the situation brought about by a new health leadership.

Burkina Faso: militant demand for free ARVs

- 49 The first demonstrations of demands for free ARVs were organized in 2004 in Burkina Faso by civil society organizations (Eboko, Owona Nguini, Enguéléguélé, 2009: 58-59). Antiretroviral drugs were made free of charge later than in other countries in 2010, thanks to the mobilization of associations and their advocacy with the then President of the Republic. Blaise Compaoré, who also had the particularity of being the president of the National AIDS Council. Transnational collective mobilizations took on a particular importance in this country at the beginning of the 2000s (Desclaux, Kouanda, Obermayer, 2010; Soubeiga, 2018).
- 50 Burkina Faso has undergone the same institutional evolution as other countries in the fight against AIDS before the advent of the Global Fund. The scarcity of its resources places it in a situation of high dependency, which is nevertheless reduced by a relatively low HIV prevalence compared to Côte d'Ivoire and Cameroon (3.7%) and closer to that of Senegal (0.7%) and the countries of the Sahel region.

Figure 1: Trends in the number of people on antiretroviral treatment from 2006 to 2015 in Burkina Faso

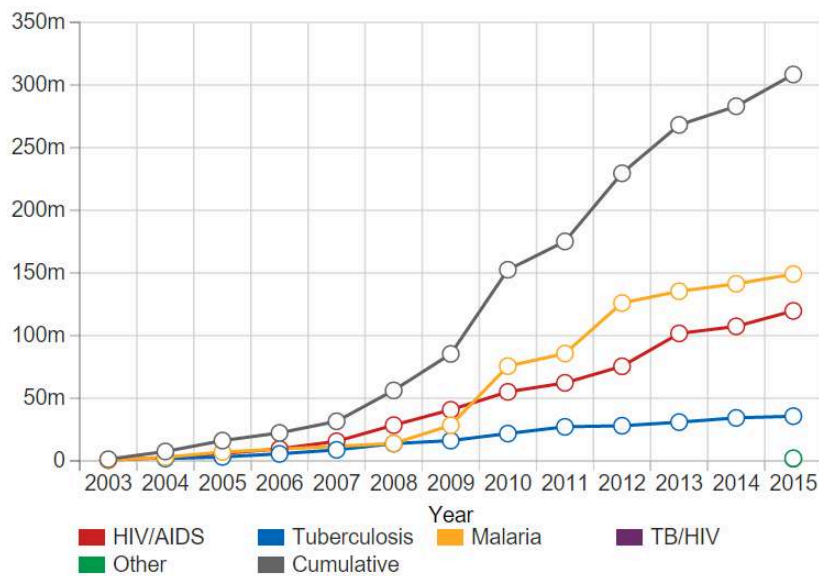


Source: Global Fund 2017

- 51 The periods 2007-2008, 2008-2009 and 2014-2015 are the most significant in the evolution of PLWHA ARV coverage in Burkina Faso over the period from 2006 to 2015.

Graph 2: Evolution of financing by component in Burkina Faso

Disbursements by Component



Source: Global Fund 2017

- 52 The Global Fund's funding for AIDS in Burkina Faso has gradually increased. Unlike Côte d'Ivoire and Cameroon, which recently received PEPFAR grants, the main funder of the fight against this disease in this country is the Global Fund.
- 53 The total amount of funds granted by the Global Fund to fight the three diseases in Burkina Faso has increased significantly since 2007. Within seven years (2007-2014), the total amount of funds provided by the Global Fund has increased nine times (9). The amount of the grant for the fight against HIV/AIDS has increased from \$15 million to \$110 million. This curve highlights the moments when the Global Fund's investment in the fight against the three diseases is increasing: 2008, 2009, 2010, 2012 and 2013. This illustrates the Global Fund's commitment to strengthen actions to fight these diseases on the ground in Burkina Faso. Nevertheless, the euphoria resulting from treatment protocols that reduce HIV transmission must be relativized, particularly in sub-Saharan Africa, because of the lack of attention paid by health policies to resistance that recent research suggests could constitute a "fourth epidemic" (Laborde-Balen, Taverne, N'Dour, Ndoye et al, 2018).

3. Beyond communicable diseases, universal access to care? The Global Fund driving a paradigm shift?

- 54 It is undeniable that the 2000s saw significant progress at the international and national levels in the three diseases to which the Global Fund devotes the majority of its resources and to which it owes its essence since 2002: AIDS, tuberculosis and malaria. There is now talk of "ending these epidemics" (Global Fund Observer, April 2016). At the same time, the focus on other diseases and health issues affecting sub-Saharan Africa has found, in contrast, in the exceptional mobilization against AIDS in particular, the means to highlight the need to place on the international agenda all the

specific epidemiological shocks that this region of the world is experiencing. This theoretical conjunction between health issues and their inclusion in international agendas is one of the definitions of "global health" (Atlani-Duault & Vidal, 2013; Almeida, Eboko, Moatti, 2013; Farmer et al, 2013). In recent years, major progress has been made in the prevention and management of hepatitis through the commercialization of a vaccine for HBV that is now available at low cost, but also through new diagnostic tools and new treatments that are highly effective and better tolerated. Paradoxically, the countries of sub-Saharan Africa, most of which are affected by the epidemic, have benefited little from these medical advances and health responses remain very inadequate. Nevertheless, progress is being made, from an institutional point of view, with the creation of a Global Hepatitis Programme in 2011. WHO states that "in 2014, the Global Hepatitis Programme was integrated into the HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria and Neglected Tropical Diseases Group to intensify control efforts while creating the necessary synergies to combat viral hepatitis among people living with HIV"¹⁰. In this configuration, the issue of non-communicable diseases emerges that must benefit from an international response commensurate with the impact they represent and the mortality rate from which Africa is paying a heavy price. In this respect, cardiovascular diseases, which account for a third of deaths in sub-Saharan Africa, represent a major challenge, as highlighted by recent studies that highlight the health risk facing Africa and, more broadly, resource-limited countries.

4. Cardiovascular disease (CVD): old pathologies, new challenge¹¹

55 The relative success of the unprecedented mobilization of global health resources since the inception of the Global Fund has highlighted the inadequacies of responses to other causes of morbidity and mortality in resource-limited countries. Cardiovascular diseases are an almost perfect illustration of this.

56 Etiology of CVD

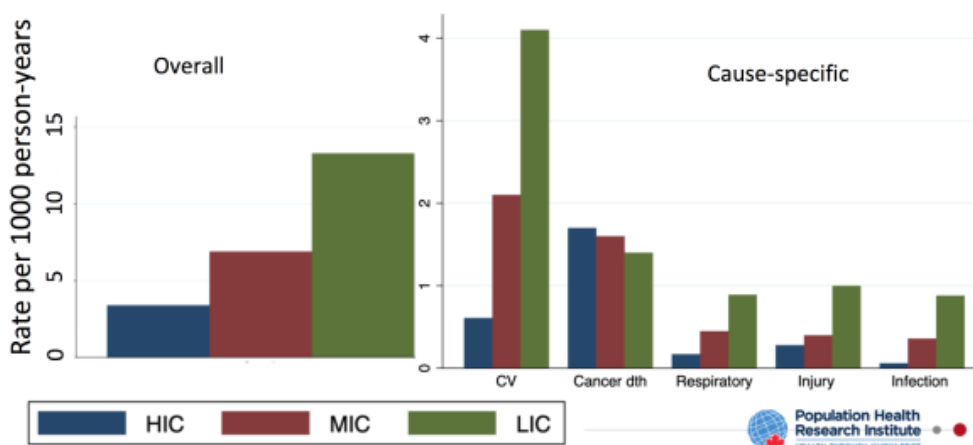
57 *Cardiovascular diseases are diseases affecting the heart and blood vessels, mainly the arteries that carry blood to all organs of the human body. The main CVD are ischemic heart disease (insufficient blood supply to the heart muscle due to narrowing of the coronary arteries by fat plaques), non-ischemic heart muscle disease (including viral myocarditis) responsible for dilated cardiomyopathies, Valvulopathies (heart valve disease) including aortic stenosis (calculated narrowing of the aortic valve which is the first valve in the West), mitral valve stenosis or insufficiency due to rheumatic fever in poor countries, pericarditis (inflammation of the pericardium which is the envelope of the heart) of essentially viral (in the West) or tubercular origin and other immunodeficiency areas (in Africa). Heart rhythm disorders, which cause sudden death, are another group of heart diseases. Strokes complicate high blood pressure or atrial fibrillation (irregular heartbeat).*

Epidemiological benchmarks

58 CVD accounts for 31% of all causes of death worldwide, or 17.5 million victims per year. While cancers have replaced CVD in terms of the annual incidence of total deaths in Europe, heart disease (heart disease) and stroke are the leading cause of death in poor countries, accounting for an estimated 80% of the global incidence worldwide.

- 59 The recent results of the PURE study (Prospective Urban Rural Epidemiology¹²) are edifying. This study followed a total of 155,722 people in 21 countries from 2005 to 2016, divided into three groups of countries: high-income, middle-income and low- and low-income countries. This work combines 14 modifiable risk factors with overall mortality and the occurrence of CVD. The main lessons of this study confirm the projections that in the near future (2025) CVD will become the leading cause of death in poor countries: (1) there is a close link between poverty and overall mortality rates; (2) the incidence of CVD increases more in low-income countries compared to middle-income countries and more than in high-income countries, justified by a more operational prevention policy in these developed countries; (3) new risk factors for CVD (including domestic air pollution, poor nutrition and especially low levels of education) have been identified as major causes of death.

Age- & Sex-Standardized Mortality Rates



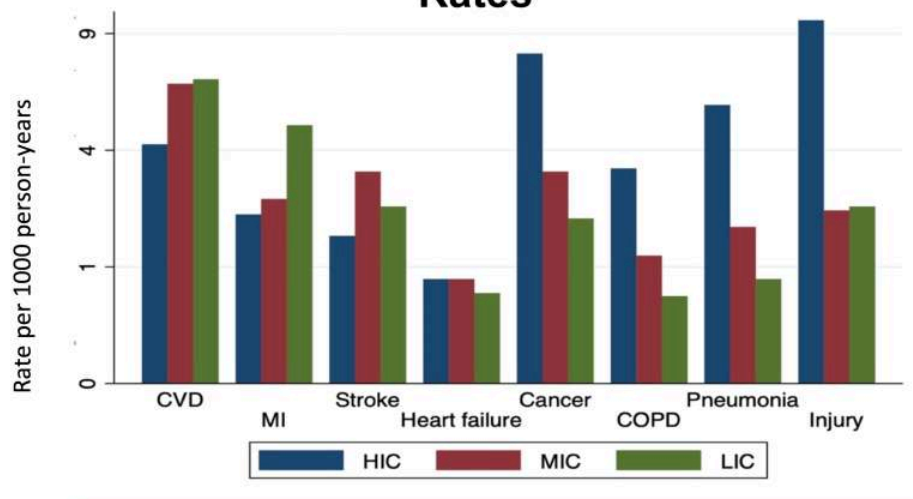
Age- and sex-standardized mortality rates: comparison of general and disease-specific mortality rates by country resource level

- 60 HIC= high income countries; MIC= middle income countries, LIC= low income countries. CV= heart disease; Injury= trauma

Cardiovascular disease management in Africa

- 61 Once considered in Africa as a specificity of rich countries, CVD has become a frequent reason for consultations in medical facilities in Africa. Unfortunately, public health policies in these countries have not sufficiently taken into account this epidemiological mutation through preventive actions (screening, awareness-raising and population training campaigns, restrictive legislative measures on smoking, diets rich in salt and sugar, etc.).

Age- & Sex-Standardized Disease Incidence Rates

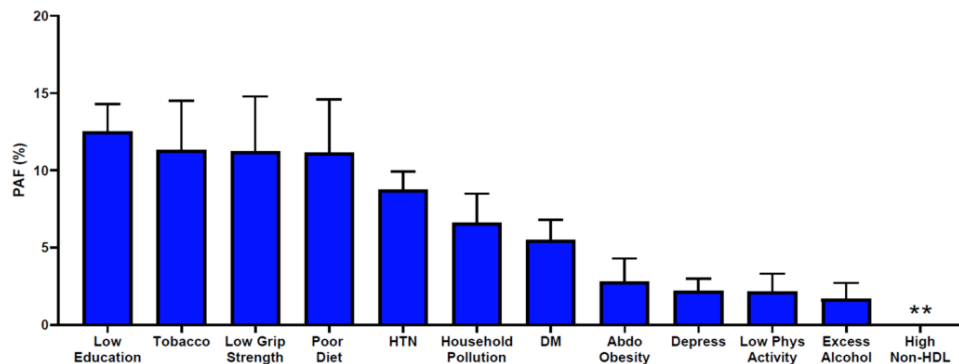


Age- and sex-standardized incidence rates: comparison of general and disease-specific mortality rates for selected diseases by country resource levels

- 62 CVD= cardiovascular disease, MI= myocardial infarction, Stroke= stroke, Heart failure= heart failure, COPD= chronic obstructive pulmonary disease, injury= trauma, HIC= high income country, MIC= middle income country, LIC= low income country. Source: Population Health Research Institute
- 63 In addition, the curative care of CVD is one of the most expensive in medicine. Diagnostic tools are difficult to access for community health centres, which are in the front line - see the only care structure - of most medical consultations in rural African areas. The electrocardiogram device (ECG), which is the basic diagnostic tool, costs on average 1500 euros and the cardiac ultrasound (essential to make more than 70% of the most frequent diagnoses) costs 20 000 euros. Consequently, user devices (often donations) whose age limits the quality of the rendering (significant rate of misdiagnosis) are a frequent recourse.
- 64 Africa faces significant heterogeneity in the management of CVD. Sub-Saharan French-speaking Africa is the most lagging behind, particularly Central Africa (Bonny A., Ngantcha M. et al, 2017 and 2018; Talle, Bonny, Scholtz, 2018). About 20% of sub-Saharan African countries cannot treat patients with curable heart rhythm disorders requiring pacemaker implantation, thus exposing hundreds of millions of Africans to the risk of sudden cardiac death due to lack of care (human expertise and technical support) whose average cost is less than 1,500 euros. Among the determinants of mortality due to cardiovascular disease, the level of education - and therefore information - is the most decisive. This shows a strong classical correlation between health and living standards and a lethal articulation with poverty.



Population Attributable Fraction: Mortality



Impact of risk factors on mortality

65 HTN= high blood pressure, DM= diabetes mellitus

Source: PURE study

66 In general, the lack of universal health coverage in most African countries is a major barrier to access to health care for families whose average monthly income is significantly lower than the average cost of a day's hospitalization for cardiac decompensation.

5. Universal Health Coverage: global project, specific trajectories

67 *Universal Health Coverage (CMU)*, also known as "*universal health coverage*" (CSU), is a major challenge, both at the international level and in so-called resource-limited countries. This challenge mobilizes bilateral and multilateral actors, NGOs, associations and African States, in a framework that recalls the objectives and concerns that international initiatives have generated for the response to the AIDS pandemic in Africa. However, there are several differences between this translation from international to national as the fight against AIDS occurred at the same time as the Structural Adjustment Programmes (SAPs). African states were subject to conflicting injunctions, between the need to reduce public spending imposed on them and the need to encourage political mobilization to respond to the HIV/AIDS epidemiological crisis.

68 The case of the CMU occurs in a context of a "return to growth" of African States¹³ and, more generally, of "return of the State to Africa". Health policies and, through them, the global project of universal health coverage for poor countries also represents an exciting challenge for the political sociology of public action in a globalized Africa. It is in this context that the issue of access to health care and prevention for Africans has undergone a major transformation with the resolution adopted in December 2012 by the United Nations General Assembly on Universal Health Coverage. The project is ambitious and its implementation is marked by obstacles that make the political analysis of its construction important, both from the point of view of meeting several other approaches (health economics, public health, socio-anthropology of health, development, etc.). Although known and recognized difficulties affecting access to

health care for populations in sub-Saharan Africa remain to be overcome, this resolution is part of a dynamic of which WHO Assembly resolution 58.33 of 2005 was already a significant step forward. Indeed, after an abundant literature had already attempted to show that direct payment for health services by users was a barrier to access to care, WHO recognized and encouraged its members to break with the ideology of direct cost to patients. This resolution noted that "every individual should be able to access health services without facing financial difficulties". In other words, the principle of exemption from direct payment is proclaimed for the most vulnerable or in situations where the price to be paid would represent for anyone a "catastrophic health expenditure" for the patient and/or his family.

- 69 One of the major characteristics of the purpose of universal health/health coverage is to highlight very different national trajectories in countries, including in sub-Saharan Africa, where a few countries have initiated this public action since the 2000s. For example, Ghana (Agyepong, 2016) and Rwanda (Chemouni, 2018) or Ethiopia (Lavers, 2019) are often cited as examples, based on very different modalities of universal access.
- 70 100 million people fall into poverty because they must pay for the services they receive. The objective of the CSU is to meet the challenge of ensuring that as many people as possible have access to health services. In this context, the historicity of public action in health in African countries must inform us of the political and not only financial capacities that govern the gradual implementation of universal health coverage.
- 71 This great diversity of situations is also related to the question of state regulation of poly-governance, which is also applied in the case of support to public authorities by the various international partners in public action in Africa.

Bibliographical references

- 72 Agyepong et al. 2016, The "Universal" in UHC and Ghana's National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country, 2016, *BMC Health Services Research*, 16:504, 1-14.
- 73 Akindes F., 2017, « On ne mange pas les ponts et le goudron » : les sentiers sinueux d'une sortie de crise en Côte d'Ivoire », *Politique africaine*, 2017/4 (n° 148) : 5-26.
- 74 Almeida C. Eboko F., Moatti J.-P., 2013, Eds, *Does Global Health Exist ? Health, Science and Politics in Global South* », *Face A Face. Regards sur la santé*, 12/2013. <http://faceaface.revues.org>
- 75 Altman D. & Buse K., 2012, « Thinking Politically about HIV: political analysis and action in response to AIDS », in Buse K. & Altman D., Éds, *Thinking Politically about HIV, Special Issue Contemporary Politics*, 18 (2), June : 127-140.
- 76 Atlani-Duault L., Vidal L., 2013, « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, 2013/3 (n°215), p. 7-16.
- 77 Bonny A, Ngantcha M, Jeilan M, et al. 2017, Statistics on the use of cardiac electronic devices and interventional electrophysiological procedures in Africa from 2011 to 2016: report of the Pan African Society of Cardiology (PASCAR) Cardiac Arrhythmias and Pacing Task Forces. *Europace*. 21 2017.

- 78 Bonny A, Ngantcha M., Scholtz et al., 2019, Cardiac Ahythmias in Africa. Epidemiology, Management, Challenges and Perspectives. *JACC International*, n° 1, 2019.
- 79 Bossy T. & Evrard A., 2006, « Communauté épistémique », in Boussaguet L. et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po : 140-147.
- 80 Boyer S., Eboko F., Camara M., Owona Nguini ME, Koulla-Shiro S. & Moatti JP, 2010, Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection and decentralization of health care delivery in Cameroon : from international initiatives to national policy, *AIDS 2010* ; 24 (suppl 1) : S5-S15.
- 81 Chabrol F., 2002, « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale », *Revue internationale et stratégique*, 2, n° 46 : 129-136.
- 82 Chemouni B., 2018, The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda, *World Development*, 2018, n° 106, pp. 87-98.
- 83 Cooper F., 2003, *Africa since 1940: The Past of the Present*, Cambridge: Cambridge University Press.
- 84 Coriat B., Éd., 2008, *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*. TRIPS, Public Health Systems and Free Access, Edward Elgar Publisher, London.
- 85 Darbon D., dir., 2010, *Le comparatisme à la croisée des chemins. Autour de l'œuvre de Jean-François Médard*, Paris, Karthala.
- 86 Desclaux A., Kouanda S., Obermeyer C. M., 2010, « Stakeholders' participation in operational research on HIV care: insights from Burkina Faso », *AIDS 2010*, S1: S79-S86.
- 87 Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I. et Taverne B., 2002, *L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida ».
- 88 Dixneuf, 2003a, « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique globale », *Revue française de science politique*, 53 (2) : 277-304.
- 89 Dixneuf, 2003b, « La santé publique comme observatoire des dynamiques de la mondialisation », in Laroche J., dir., *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF : 213-225.
- 90 Dozon J.-P. & Fassin D., dir., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- 91 Eboko F., 1999, « Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », *Autrepart*, 12 : 123-140.
- 92 Eboko F., 2004, « Chantal Biya : "fille du peuple" et égarée internationale », In : Messiant C. (dir.) *Premières dames en Afrique. Politique Africaine*, (95), pp. 91-106.
- 93 Eboko F., 2005, « Patterns of mobilization: political culture in the fight against AIDS », in Amy S. Patterson, Éd., *The African State and the AIDS Crisis*, Ashgate Publishers, Aldershot : 37-58.
- 94 Eboko F., 2013, « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida », in Possas C. et Larouzé B., éd., *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida » : 207-224.

- 95 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala.
- 96 Eboko F., Abé C., Laurent C., Édts, 2010, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida ».
- 97 Eboko F., Hane F. Demande E., Faye S. L., 2015, « Gouvernance et sida en Afrique. Instruments, instrumentation, instrumentalisation de l'action publique internationale. L'exemple du Fonds Mondial », *Mondes en Développement*, Vol. 43-2015/2, n° 170 : 59-74.
- 98 Farmer P., Kleinman A., Basilio J. K., 2013, Eds, *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley- Los Angeles - London, University of California Press (California Series in Public Anthropology), 2013.
- 99 Gilks, C.F., S. Crowley, R. Ekpini, *et al.*, 2006, « The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings », *Lancet*, n° 368 : 505-510.
- 100 Global Fund, 2012, *Global Fund Annual Report 2012*, Genève, Global Fund.
- 101 Gruénais M.-E., Éd., 1999, *L'organisation de la lutte contre le sida en Afrique. Une problématique État / société civile*, Rapport ANRS/IRD, Paris.
- 102 Haas P.M., 1992, « Epistemic communities and international policy coordination ». *International Organization*, Vol.46, n°1, Winter 1992 : 1-35
- 103 Kerouedan D., 2010, « Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme », *Médecine Tropicale*, 70 : 19-27.
- 104 Laborde-Balen G., Taverne B., N'dour CT, Peeters M., Ndoeye I. et al., 2018, The fourth HIV epidemic, *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 18, Issue 4, April 01 : 379-380.
- 105 Lavers, T., Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state'? The political drivers of health insurance, *Social Science & Medicine*, 2019: doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.007>.
- 106 Lemoine M., Girard P.-M., Thursz M., Raguin G., 2013, « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face A Face. Regards sur la santé*, n° 13, 2013 : <https://journals.openedition.org/faceaface/792>
- 107 Moatti J.-P. & Eboko F., 2010, « Economic research on HIV prevention, care and treatment: why it is more than ever needed ? », *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5 (3) : 201-203.
- 108 Moatti J.-P., 2011, « Lutte contre le sida, mobilisations politiques et changements de paradigme : l'exemple de l'économie de la santé dans les pays en développement », in Eboko F., Broqua C., Bourdier F., Édts, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD Éditions : 371-394.
- 109 Msellati P., Vidal L., Moatti JP, Édts, 2001, *L'accès aux traitements du VIH en Côte d'Ivoire - Evaluation de l'Initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique*, Paris, ANRS.
- 110 Nantulya V., 2004, «The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: what makes it different », *Health Policy and Planning*, 19(1) : 54-56.
- 111 Pigeaud F., 2011, *Au Cameroun de Paul Biya*, Paris, Karthala, coll. « Les terrains du siècle ».

- 112 Pizarro L., 2012, « Comment financer le Fonds Mondial ? », *Transcriptases*, 149, Spécial Washington 2012 : 12-13.
- 113 Soubeiga K.-A., 2018, *Construction et reconfigurations de l'action publique contre le sida au Burkina Faso. Acteurs, controverses et dynamiques*, L'Harmattan-Burkina Faso.
- 114 Souteyrand, Y.P., V. Collard, J.P. Moatti, *et al.*, 2008, « Free care at the point of service delivery: a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries », *AIDS*, 22 Suppl 1: p. S161-8.
- 115 Spicer N., Aleshkina J. , Biesma R. , Brugha R. *et al.* 2010, « National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? », *Globalization and Health* 2010, 6:3 : 1-16. <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/3>.
- 116 Talle MA, Bonny A, Scholtz W, *et al.* Status of cardiac arrhythmia services in Africa in 2018: a PASCAR Sudden Cardiac Death Task Force report. *Cardiovasc J Afr.* 2018;29(2): 115-121.
- 117 Tchiombiano S., Nay O., Eboko F., 2018, « Le pouvoir des procédures : les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratisation : l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et du centre ». In Grégoire E, Kobiané J-F, Lange M-F, éditeurs. *L'Etat réhabilité en Afrique: réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*, Paris, Karthala : 105-124.
- 118 Zackaria Touré O., 2009, « Les relations commerciales États-Unis / Afrique subsaharienne sous l'*African Growth and Opportunity Act* », *Revue québécoise de droit international*, 22 (2) : 81-122.

119 ANNEX

120 Methodology of the project "Governance and AIDS in Africa" (ANRS 12315)

- 121 The comparison of Senegal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso and Cameroon allows us to contrast four very different configurations of control policies, ranging from "active participation" to "passive adherence" to international recommendations (Eboko, 2005).
- 122 Our hypothesis was that the national specificities of how CCMs operate only partially reflect the levels of dependence on international financial assistance, but rather are marked by differentiated political, economic and epidemiological trajectories that guide the ethos of power (the way of governing) in each country: the regulation of forces within CCMs depends on these state trajectories, which CCMs can, in turn, influence, both in operational terms and in terms of democratizing governance itself.

123 Method used

- 124 The method used in this research is qualitative, involving in-depth interviews with CCM stakeholders and the use of documents and archives. It is also accompanied by comments from the four CCMs.

125 Semi-directive interviews

- 126 They were conducted with representatives of the CCM member sectors who are:

- The public sector;
- The private sector;
- Associations of people living with and/or affected by AIDS, tuberculosis and/or malaria (APASTP);
- Development partners.

127 The interviews, with common and specific themes for each actor, were addressed as follows:

- Common themes related to:
- The person's background
- The modalities/history of integration into the CCM
- The place within the category of actors it represents
- The quality of relations between different sectors represented
- The quality of coordination
- Experience in writing applications
- The view/sense of the binding nature of standards/guidelines
- The difficulties
- Tensions
- Changes/improvements
- Specific topics

128 *Public sector*

- The actor's opinion on the weight of public authorities
- Is their representativeness sufficient?
- Is the sub-sector represented (health, education, finances, higher education, etc.) sufficient?
- The actor's view on the political necessity (or not) of the control of government authorities
- Advice on the "independence" of CCMs and the desire to avoid conflicts of interest
- Relationship with international partners
- Relationship with civil society organizations

129 *Bilateral partners*

- The strategy and mechanisms of influence it brings to the CCM
- Relations with multilateral partners
- Relations with other bilateral partners
- Relations with civil society organizations
- Views on the "independence" of the CCM

130 *Associations*

- Position on the representativeness and qualitative and quantitative weight of associations in the CCM
- Relations with government authorities
- Relations with international partners
- Relations with other association representatives
- The margin of manoeuvre on the "advocacy" of associations to take into account the problems of vulnerable populations

131 4.4. Analysis of the data collected

132 Based on the respondents' comments, which combine consultation, power relations, negotiation, etc., the country approaches and comparative analyses are based on certain themes such as "agency", "networks" or "epistemic communities"¹⁴. Precisely, these are :

1. one or more UN or international multilateral organizations: standards and/or standardization agencies, such as the Global Fund (Eboko 2015a; 2015b). These agencies constitute "the international quotas imposed by agencies for standardization and standardization of

social management methods relayed by the games of African and non-African actors" (Darbon, 2010).

1. One or more Western bilateral cooperation agencies (European or North American): adjustment agencies that correct, enhance or support countries and/or social and political actors in the implementation of international guidelines to which these agencies can provide new guidance.
1. - A platform for the coordination of national and international actors present on the territory of the African States concerned: consultation agencies that act on administrative and technical procedures whose mission is to organize the bureaucratic implementation of the public action in question. Depending on the sector, these agencies meet according to an agenda defined on the spot in African countries. This is the case with CCMs.
1. A state structure officially responsible for the implementation of public action in the sector concerned: national regulatory agencies. They are known as the National Programme, the National Committee or the National AIDS Council.
1. A so-called "public-private" partnership between state and international structures on the one hand and companies or foundations involved in the promotion, management and sustainability of the sector in question.
1. African national associations - or regional in some cases - representing individuals and groups directly concerned by public action in a specific sector: implementing agencies [Otayek, 2004, Eboko in Otayek, 2004; Eboko, 1999] counter-proposal agencies that specialize in a so-called "advocacy" activity. These agencies are linked to international non-governmental organizations with which they form transnational action/collective mobilization networks. 7- Non-state actors, in particular Western International Foundations (United States) or Public Interest Groups (GIP, France) that support and assist the work of adjustment agencies and/or executive agencies. They are also mediators (Palier & Surel, 2005). 8- Networks of international public or private experts (academics, consultants, etc.). It is within this framework that we find the "epistemic communities".

NOTES

1. AGOA is a U.S. federal law passed in May 2000 by the U.S. Congress and signed by President Bill Clinton. This law aims to promote the entry into the American market of African entrepreneurs. See Zackaria Toure (2009).
2. Voir : <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2017-11-14-global-fund-appoints-peter-sands-as-executive-director/>
3. See in this volume the contribution of Stéphanie Tchiombiano.
4. See Paul Benkimoun, "The Global Fund sets its financial targets for 2020-2022", Le Monde, 17 January 2019.
5. According to the 2010 Finance Act.
6. Source: PNPEC, Côte d'Ivoire and internal report of the Governance Group (Bah, 2012).
7. Which now advocated raising the eligibility threshold for treatment initiation to 350 CD4/mm³ and phasing out stavudine in first-line treatments, replaced by zidovudine or tenofovir (in case of anemia or HBV co-infection for the latter). To date, the directive is that of the Test and Treat.

8. Decision No. 0498 of April 04, 2019 signed by Dr. Manouda Malachie, Minister of Public Health of Cameroon.
9. The results of this study were presented to the general public in Yaoundé, on 16 July 2018 at the Hilton Hotel by the representative of the Ministry of Public Health of Cameroon, Professor Anne-Cécile Zoung Kanyi Bisseck, chair of the steering committee of the Camphia study.
10. See: <https://www.who.int/hepatitis/about/fr/>
11. We warmly thank Pr Aimé Bonny, cardiologist, University of Douala (Cameroon), for the guidance and information concerning this part of the article.
12. Lancet 2019, 3 September; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
13. African countries have grown by an average of about 5% over the last decade. The year 2014 saw a slight drop in this average, with an average of 4.2% due to the slowdown in some international investments due to the fear of Ebola and the fall in commodity prices.
14. Definitions should be recalled here: "These are *networks of professionals with recognized expertise and competence in a particular field who can provide relevant knowledge on public policy*" (Haas, 1992: 4). "The *notion of epistemic community refers to the channels through which new ideas flow from societies to governments and from one country to another*" (Bossy & Evrard, 2010: 140).

Santé publique, approche privée : Le Fonds mondial et la participation des acteurs privés à la santé mondiale

Stéphanie TCHIOMBIANO

- 1 Les acteurs du secteur privé sont depuis longtemps impliqués dans le domaine de la santé (GUILBAUD, 2015)¹. Pour autant, le tournant des années 2000 correspond à une évolution exceptionnelle de nouveaux acteurs et de stratégies innovantes, avec l'émergence de nombreux « partenariats public / privé ». Si ce nouveau concept reste relativement flou (BUSE, 2000), il évoque le principe d'initiatives regroupant des acteurs publics (étatiques) et des acteurs privés (qu'ils soient ou non à but lucratif), autour d'un bien collectif de santé, avec une structure de gouvernance indépendante dans laquelle les acteurs publics et privés sont représentés². Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme représente une de ces nouvelles initiatives et incarne cette reconfiguration du système sanitaire international.
- 2 Le Fonds mondial se présente dès sa création en 2002 comme un mécanisme financier innovant, chargé de mobiliser, de gérer et de distribuer des fonds dédiés à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme³. Fondation de statut suisse, il revendique un positionnement indépendant du système des Nations Unies, plus moderne, moins technocratique, plus efficace et fondamentalement lié au secteur privé. Sa création se veut répondre à la fois à un besoin sanitaire important (la nécessité de mobiliser des financements massifs pour répondre à l'urgence sanitaire)⁴ et à l'injonction de la nécessaire efficacité de l'aide dans tous les domaines du développement (KINDORNAY, 2011), poussé par les pays de l'OCDE et plus spécifiquement par les pays anglo-saxons (NAY, 2017). Il propose un dispositif fondé sur les quatre nouvelles normes internationales que sont le « partenariat », l'« appropriation », le « financement en fonction des résultats » et la « transparence » (TCHIOMBIANO, EBOKO, NAY, 2018). Plus spécifiquement, il insiste sur la nécessaire implication de tous les acteurs⁵, y compris

les acteurs du secteur privé à but lucratif à la lutte contre les trois maladies, au nom de leur efficacité et de leur savoir-faire.

- 3 En opposition au secteur public, qui est dirigé par l'État, la notion de secteur privé regroupe au sens large les entreprises, les banques à capitaux privés, les acteurs de l'économie sociale (mutuelles, coopératives, associations) et les organisations non gouvernementales.
- 4 Nous utiliserons dans cet article le terme d'acteur privé dans un sens plus étroit, généralement en usage en langue anglaise, pour désigner les entreprises et acteurs financiers à capitaux privés intervenant dans un but lucratif dans les secteurs du commerce, de l'industrie, de la banque, de l'assurance, du conseil et de la finance, ainsi que les organisations philanthropiques qui leur sont rattachés.
- 5 Nous ne nous intéresserons pas dans cet article aux relations commerciales des acteurs du secteur privé avec le Fonds mondial (lorsqu'ils produisent et fournissent des médicaments, des moustiquaires imprégnées ou du matériel de laboratoire achetés grâce à des financements du Fonds mondial par exemple), ni aux bénéficiaires qu'ils en tirent. De même, nous ne chercherons pas ici à rendre compte de l'influence exercée par ces acteurs sur les décisions stratégiques (même s'il y aurait beaucoup à dire, par exemple sur le poids et l'influence de la Fondation Bill Gates ⁶). Nous nous intéresserons plutôt à la façon dont les acteurs du secteur privé à but lucratif ont été progressivement considérés comme des « partenaires », au-delà justement de leur rôle de fournisseurs. Peut-on dire que les acteurs privés participent réellement à la lutte, et de quelle manière ? Quelles sont les logiques qui sous-tendent cette implication ? Dans quelle mesure cela modifie-t-il le visage et les stratégies de la lutte contre les trois maladies ?
- 6 Notre hypothèse est que le Fonds mondial est emblématique d'une montée en puissance dans le monde de l'aide en santé de pratiques, de techniques, de représentations et de valeurs inspirées par le management et la finance. Sur le plan méthodologique, nous avons travaillé à partir d'entretiens semi directifs, d'observation, d'analyse de la littérature institutionnelle du Fonds mondial (documents primaires et site internet du Fonds mondial), et de la littérature scientifique. Nous reprendrons ici l'approche décrite par Eve Chiappello, qui étudie la circulation des normes des acteurs marchands : « Cette approche prête attention aux outils de gestion, dispositifs et instruments qui équipent l'action, pèsent de leur propre poids sur les situations et échappent, pour partie, aux intentions et projets qui les ont portés » (CHIAPELLO, 2017), en nous interrogeant sur l'intégration par le Fonds mondial des normes du secteur privé. Dans quelle mesure les différents outils mis en place par le Fonds mondial reflètent-ils les représentations du monde, les savoirs et les savoir-faire des acteurs privés ? Précisons que cette évolution n'est pas spécifique à la santé et touche par exemple également l'éducation (CHIAPELLO, 2017), ou le développement agricole (GABAS, VERNIERES, 2017).
- 7 Nous étudierons dans un premier temps le rôle joué par les acteurs privés au sein du fonds mondial, de la définition des stratégies institutionnelles jusqu'au contrôle de la bonne mise en œuvre des subventions, puis nous verrons dans quelle mesure le Fonds mondial s'est approprié les logiques et les méthodes du secteur privé pour mettre en place ses propres outils et méthodes de travail et quel effet, cela a pu produire sur les pratiques des acteurs, dans un pays comme le Niger.

Quel(s) rôle(s) pour les acteurs du secteur privé au sein du Fonds mondial ?

- 8 Les discours institutionnels donnent aux acteurs du secteur privé une place et un rôle importants au sein du Fonds mondial. Peter Sands, nouveau directeur exécutif du Fonds mondial explique : « *Notre combat pour en finir avec le sida, la tuberculose et le paludisme ne pourra être victorieux que si nous travaillons avec des partenaires du secteur privé. (...) Nous avons besoin des ressources, de l'innovation et du savoir-faire du secteur privé pour contrer la menace de la résistance aux médicaments, étendre notre sphère d'influence et bâtir des systèmes de santé plus solides – autant d'éléments qui sauveront davantage de vies* ⁷ ». Au-delà de l'affirmation de principe, quelle est l'implication concrète des acteurs privés ?
- 9 Olivier Nay retient quatre différents niveaux où la présence des acteurs de marché se renforce dans ce qu'il appelle « un rôle public des acteurs privés » : la construction des agendas du développement (gouvernance), le financement des programmes internationaux, l'acheminement de l'aide technique et, enfin, les activités de conseil, d'audit et d'évaluation auprès des acteurs publics de l'aide (NAY, 2017). Nous rajouterons un cinquième niveau pour le Fonds mondial : la mise en œuvre concrète des interventions puisqu'il arrive que le Fonds mondial confie des subventions à un acteur privé (plutôt qu'à un ministère public, ou à une ONG) pour mettre en place un programme ou une subvention.
- 10 Nous passerons donc en revue dans cette première partie l'ensemble des cinq niveaux d'implication du secteur privé au sein du Fonds mondial, de la gouvernance à l'assistance technique, en passant par le financement, la mise en œuvre et l'audit des interventions.

Les acteurs privés au sein de la gouvernance du Fonds mondial

- 11 Les acteurs du secteur privé sont en premier lieu présents au sein de la gouvernance du Fonds mondial, et participent à l'élaboration des stratégies de l'organisation. Sur les 20 sièges votants du conseil d'administration du Fonds mondial, les statuts prévoient qu'un siège soit attribué au secteur privé à but lucratif (ce siège est par exemple occupé en 2019 par Goodbye Malaria, en alternance avec le laboratoire pharmaceutique Merck) et qu'un autre siège soit attribué aux fondations privées (en 2019, ce siège est par exemple occupé par le directeur adjoint de la Fondation Bill Gates, en alternance avec un représentant de la Fondation Kaiser). Chaque délégation définit sa propre procédure de sélection.
- 12 Le secteur privé est également représenté au niveau des pays d'intervention du Fonds mondial, au sein des instances de coordination nationale (les CCM ⁸). Ces acteurs privés peuvent être des grandes sociétés à but lucratif ayant « fait la preuve de leur engagement » dans la lutte contre les trois maladies, des Organisations représentant les petites et moyennes entreprises et le secteur non structuré, des associations d'entreprises investies dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, des représentants des industries exposées, des praticiens privés et directeurs de cliniques à but lucratif, ou encore des fondations philanthropiques créées par de grandes sociétés. Si la participation des acteurs du secteur privé au CCM n'est pas posée comme une condition sine qua non de l'accès au financement, comme cela peut être le cas pour la société civile (qui doit représenter 40% des membres), les acteurs du secteur privé font

partie de la liste préétablie des groupes constitutifs non gouvernementaux devant faire partie du CCM⁹, et le Fonds mondial incite largement les pays à stimuler cette participation (BEKELYNK, 2015).

- 13 Si le conseil d'administration joue un rôle central dans la gouvernance et la définition des stratégies du Fonds mondial, il est également intéressant de s'intéresser à ceux qui ont dirigé l'organisation depuis sa création. Trois des cinq directeurs du Fonds mondial ont eu un lien fort avec le secteur privé : l'américain Richard Feachem (2002-2006), premier directeur du Fonds mondial venait de la Banque mondiale et avait dirigé le conseil scientifique du rapport « Investir dans la santé », le brésilien Gabriel Jaramillo (2012-2013) avait été Président-Directeur général de Sovereign Bank avant d'assurer l'intérim à la tête du Fonds mondial, et l'anglais Peter Sands (directeur exécutif depuis novembre 2017) a été directeur de la banque internationale Standard Chartered PLC. Multipliant les déclarations en lien avec les acteurs privé, Peter Sands est peut-être le plus mobilisé de tous sur l'importance du secteur privé. A l'occasion du Forum économique Mondial de Davos en 2018, un partenariat avec le producteur et distributeur d'alcool Heineken avait été annoncé. De nombreuses voix s'étaient immédiatement élevées¹⁰ pour dénoncer l'incompatibilité d'un tel partenariat (finalement avorté), pour des raisons de cohérence et de santé publique, auxquelles Peter Sands avait répondu par les propos suivants « *the global health community needs to engage the private sector more rather than less* » (MARTEN, HAWKINS, 2018). Il a également déclaré « *we must find better models of collaborating with the private sector. I don't have a magic wand to achieve this, but I can promise that under my leadership the Global Fund will take a big picture view of its mission, and a collaborative approach towards achieving its goals* »¹¹. Les deux autres directeurs avaient des profils académiques : le français Michel Kazatchkine (2007-2012) et l'américain Mark Dybul (2013-2017). Cette présence des acteurs du secteur privé à but lucratif au sein du conseil d'administration, et la présence de plusieurs personnalités issues du monde de la finance à la tête de l'organisation contribuent à expliquer la façon dont le Fonds mondial appréhende les questions de santé.

La contribution financière du secteur privé au Fonds mondial : une part minoritaire

- 14 Le deuxième rôle joué par le secteur privé au sein du Fonds mondial est celui de contributeur financier.
- 15 Entre la création du Fonds en 2002 et juillet 2019, les acteurs du secteur privé avaient financièrement contribué à hauteur de 2,73 milliards de dollars US¹² aux ressources du Fonds. Cette contribution du secteur privé connaît une augmentation régulière depuis la création du Fonds mondial, en corrélation avec l'augmentation du budget total du Fonds mondial¹³. Elle est restée très minoritaire. Alors que ce rôle de bailleur de fonds est le premier rôle auquel on associe la participation du secteur privé, cette somme, en volume relatif, ne représente qu'environ 5 % du financement global du Fonds mondial¹⁴. Si le partenariat avec les acteurs du secteur privé à but lucratif ne permet donc pas d'augmenter le volume de ressources de manière substantielle, il est intéressant de voir que le secteur privé reste une cible privilégiée : lors de la sixième conférence de reconstitution de Lyon d'octobre 2019, l'objectif est de recueillir 14 milliards de dollars supplémentaires, dont au moins un milliard de dollars (soit plus de 7 % du total)

provenant du secteur privé pour le prochain cycle de trois ans. La campagne de reconstitution des financements a d'ailleurs été lancée en septembre 2018 à Paris, au Quai d'Orsay, en mettant en avant le partenariat avec le secteur privé¹⁵. Une analyse plus fine de la nature des financements présentés comme émanant du secteur privé montre qu'ils proviennent essentiellement de la Fondation Bill et Melinda Gates (75 % de l'ensemble des contributions du secteur privé¹⁶). En dehors de la Fondation Gates, le deuxième contributeur est le partenariat lancé par Bono et Bobby Shriver Product (Red). Lié à l'association One Campaign (organisation de campagne et de plaidoyer), le principe de (RED) est de collaborer avec des marques (comme Air Asia, Apple, Starbuck, Beats, Gap ou Telcel) qui développent des produits et des services portant le signe (RED). Un pourcentage des recettes liées à ces produits est ensuite systématiquement alloué au Fonds mondial (pour des programmes ciblés)¹⁷. Chevron Corporation est le troisième contributeur privé. La compagnie pétrolière américaine était considérée comme « championne » en 2008, mais sa contribution n'a cessé ensuite de diminuer ensuite.

- 16 Les entreprises privées étant en général plus intéressées par des financements ciblés vers des activités et des lieux d'intervention précis, le Fonds mondial cherche à les encourager grâce à la mise en place de plateformes communes comme l'Initiative « Her » (HIV Epidemic Response¹⁸) visant les adolescentes et les jeunes femmes dans 13 pays africains.
- 17 Cette mobilisation des acteurs du secteur privé se manifeste également par la création de coalitions d'entreprises regroupées autour des enjeux de santé, que ce soit au niveau mondial, régional, ou au niveau national. Le modèle de la « Global Business Coalition on Health » fondée en 2001, dans la dynamique de création du Fonds mondial a été ensuite décliné au niveau régional. L'initiative européenne « Business for Global Health / Entreprises pour la santé mondiale », créée en mai 2019¹⁹ ou le partenariat A4A (Africans for Africa) ainsi qu'au niveau national (avec par exemple « Santé en Entreprises » en France en sont des illustrations. Dans cette logique, le Fonds mondial a signé en 2017 une convention avec le Conseil français des investisseurs en Afrique.
- 18 Les acteurs privés contribuent aussi à l'émergence de financements innovants. En effet, face à l'augmentation croissante des besoins et à la difficulté à mobiliser des financements publics contraints, la création de nouvelles sources de financements est présentée comme une véritable solution²⁰. A peine quelques mois après son arrivée à la tête du Fonds mondial, Peter Sands les évoquait déjà: « Innovative financing mechanisms (from impact bonds, to blended finance, matching funds and results-based funding) can all play “a significant and important role in what we're doing both in terms of improving the effectiveness with which we deploy existing funds and in attracting new monies” (Saldinger, 2017). Ces financements innovants peuvent être des initiatives visant à mobiliser de nouvelles ressources financières, comme le partenariat Product (Red), des programmes de subventionnements, à l'image du Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables, AMFm²¹. Ils peuvent constituer des dispositifs d'échange de dette (debt2Health) reposant sur l'idée qu'un pays « bailleur » puisse annuler une dette nationale à condition que l'argent soit en partie réinvesti par l'État débiteur dans des programmes de santé liés au Fonds mondial²². D'autres initiatives comme les « financements mixtes », regroupant des subventions avec des emprunts publics²³ ou les « obligations à impact sur le développement » sont également testées par le Fonds mondial²⁴. Le principe de ces dispositifs consiste à

mobiliser des capitaux du secteur marchand pour financer des programmes sanitaires, dans l'optique d'un remboursement à condition que les objectifs du programme sont atteints. Généralement présentés comme une solution à l'épuisement des financements publics, une partie de ces financements innovants²⁵, tels que les obligations à impact social, posent de nombreuses questions : la difficulté de régulation et de contrôle ; les enjeux éthiques liés au fait que des investisseurs financiers puissent réaliser des profits au travers d'interventions sanitaires touchant les plus vulnérables ; le risque des déresponsabilisation des pouvoirs publics ; la dérive potentielle de ciblage des interventions vers des populations plus « rentables », faciles à atteindre et à prendre en charge, et non vers les plus groupes marginalisés, entre autres.

La responsabilisation des acteurs du secteur privé dans la mise en œuvre des subventions

- 19 Il arrive en effet que les financements du Fonds mondial soient confiés à des acteurs du secteur privé à but lucratif, des entreprises ou des banques, chargés de mettre en place les programmes sanitaires. Présenté comme un dernier recours²⁶, et généralement au nom de leur efficacité ou de leurs capacités de gestion, cette option de confier la gestion des subventions est assez spécifique au Fonds mondial. Environ 2 % des subventions du Fonds mondial ont été confiées à des entreprises du secteur privé à but lucratif entre 2002 et 2019²⁷. Quelques exemples illustrent cette situation : la banque Anglogold Ashanti, au Ghana et en Argentine, la Banque Sogebank en Haïti, ou la société SEIB²⁸ au Bénin.
- 20 Cette possibilité de contractualiser directement avec des acteurs privés à but lucratif contribue à les repositionner dans le champ et à renforcer leur légitimité sociale. Ce type de contractualisation avec les organisations internationales, liés à des frais de gestion qui peuvent s'avérer confortables, leur confère ce qu'Olivier Nay appelle un rôle public (NAY, 2017). Cette imbrication d'un domaine (privé) dans l'autre (public) brouille de fait la frontière qui les sépare à la fois des autorités publiques et des opérateurs « classiques » que sont les organisations non gouvernementales.

Les acteurs privés dans l'accompagnement technique des autres acteurs

- 21 Ce rôle se décline sur trois niveaux : l'appui, le conseil au secrétariat du Fonds mondial lui-même ; le renforcement des capacités des acteurs locaux, notamment sur les questions d'approvisionnement, de gestion financière et d'innovation technologique) ; le « contrôle » des résultats obtenus autant que le contrôle du respect des procédures du Fonds mondial.
- 22 En premier lieu, plusieurs acteurs privés à but lucratif et cabinets de conseil sont mandatés par le Fonds mondial, que ce soit pour l'appuyer dans la définition de ses stratégies opérationnelles²⁹ ou pour le conseiller sur son organisation interne. Le dispositif de gestion des risques a par exemple été pensé avec l'appui de l'assureur Munich Ré.
- 23 Par ailleurs, de nombreux acteurs privés assurent des missions d'expertise technique « sur le terrain », dans les pays d'intervention. Un large marché de l'assistance technique s'est progressivement construit autour du Fonds mondial, du fait de la

complexité de ses procédures qui oblige souvent les acteurs « nationaux » ou les partenaires internationaux de ces pays à solliciter l'appui d'experts pour l'accès et la gestion des financements du Fonds mondial. Ce marché est sous-traité à des prestataires privés, experts individuels ou cabinets de conseil, qui endossent la responsabilité d'accompagner techniquement et de renforcer les compétences des acteurs de terrain. La création du Fonds mondial et la disponibilité de ressources importantes en lien avec son mandat ont ainsi entraîné l'émergence d'un nouveau champ professionnel de l'expertise. Ces derniers ne sont plus uniquement des experts de l'épidémiologie, de la santé publique ou du diagnostic et de la prise en charge des patients. Ils constituent avant tout des experts du Fonds mondial et de ses modalités de fonctionnement. Si ce rôle de mobilisation d'expertise privée est en très large partie assuré par des dispositifs bilatéraux comme l'Initiative 5 %³⁰ (France), le programme Back Up (GIZ allemande) ou précédemment par GMS³¹ (États-Unis), le Fonds mondial mobilise également directement des experts techniques individuels ou des cabinets de conseil privés.

- 24 Le Fonds mondial a signé plusieurs conventions avec des entreprises afin de pouvoir bénéficier de leur « savoir-faire » dans des domaines précis. Le premier domaine touché par ce type de partenariat est l'approvisionnement, sur lequel on peut citer le projet « Last Mile »³² avec Coca Cola. Au-delà des réactions sceptiques qui pointent du doigt la complexité d'associer au Fonds mondial une multinationale à la réputation sulfureuse, et dont on sait que les sodas sont en partie responsables de l'épidémie mondiale d'obésité, ce projet consiste à appuyer logistiquement et techniquement dix pays d'Afrique pour qu'ils soient capables de distribuer des médicaments jusqu'aux populations les plus difficiles d'accès, lesquelles accèdent par ailleurs facilement à une bouteille de Coca-Cola. Les questions d'approvisionnement sont considérées par le Fonds mondial comme un obstacle majeur dans l'atteinte des résultats et une plateforme dédiée « Logistic for health »³³ regroupe désormais les entreprises investies sur ce sujet.
- 25 Le deuxième domaine dans lequel les entreprises sont appelées à fournir leur assistance technique est bien sûr celui de l'expertise en gestion financière. Un partenariat avec Ecobank a par exemple été signé par le Fonds mondial en 2014 pour renforcer les compétences financières des bénéficiaires principaux des subventions du Fonds mondial, dans vingt pays d'Afrique³⁴. Ce projet s'inscrit dans la continuité d'un autre partenariat signé en 2008 avec la Standard Bank, portant sur le renforcement des capacités des acteurs locaux en gestion financière. Enfin, le Fonds mondial bénéficie des conseils de l'assureur allemand Munich Re, pour développer sa politique de gestion des risques.
- 26 Le troisième domaine d'expertise, plus restreint, concerne l'innovation technologique. Un partenariat a notamment été signé avec IBM sur un projet pilote de nouvelles technologies pour améliorer la qualité des soins en Inde, grâce à des tablettes numériques (programme eMpower)³⁵.
- 27 Bien sûr, les tensions provoquées par la signature de conventions avec Heineken (finalement abrogée) ou avec Coca-Cola (maintenue) ont contribué à la mise en place d'un certain nombre de « garde-fous » et le Fonds mondial a mis en place un document cadre sur l'engagement du secteur privé en mars 2019³⁶.

La délégation aux acteurs privés des procédures de contrôle

- 28 Le Fonds mondial délègue les procédures de contrôle de l'atteinte des résultats et la bonne utilisation des subventions à des acteurs privés. Le Fonds signe des contrats avec plusieurs cabinets de conseil en tant que « LFA » (Local Fund Agents), chargés d'évaluer la performance opérationnelle et budgétaire des subventions et des organisations. Ne possédant pas de bureau dans les pays d'intervention, le Fonds mondial délègue son pouvoir de contrôle à ces prestataires privés. Ces derniers doivent être « ses yeux et ses oreilles » pour reprendre l'expression consacrée, généralement reprise par l'ensemble des acteurs. Si certains LFA ont également des compétences techniques dans le champ de la santé (comme l'Institut Tropical Suisse)³⁷, la grande majorité des missions de LFA sont assurées par de grands cabinets d'audit et d'expertise comptable : KPMG et PWC, qui font partie de quatre « Big Four³⁸ » étaient chargés de contrôler plus de la moitié des missions fin 2017³⁹.
- 29 Les acteurs du secteur privé les plus actifs au sein du Fonds mondial ne sont finalement ni les laboratoires pharmaceutiques, ni les multinationales implantés dans les pays récipiendaires, mais un groupe relativement hétérogène, marqué par la présence croissante d'acteurs de la finance comme les banques privés, les compagnies d'assurance, et les cabinets d'audits qui sortent de leurs secteurs traditionnels d'intervention - nouvelles technologies, développement économique, soutien au micro-crédit, etc.- pour s'impliquer dans des secteurs sociaux.
- 30 En définitive, les acteurs du secteur privé sont présents à tous les niveaux du Fonds mondial : siège au sein du conseil d'administration, missions de conseil auprès du secrétariat, contrat d'appui technique, renforcement des capacités de des acteurs locaux, contrôle et évaluation de la bonne mise en œuvre des subventions. Si cette dynamique n'est pas une spécificité du Fonds mondial et traverse l'ensemble des réseaux d'action publique du monde du développement⁴⁰, le rôle des acteurs du secteur privé est particulièrement important au sein du Fonds mondial, en comparaison des autres organisations internationales. Cette présence, diverse et importante, entraîne des répercussions sur le fonctionnement du Fonds mondial.

Appropriation des logiques et des méthodes du secteur privé par le Fonds mondial

- 31 Il ne s'agit pas ici de passer en revue les grandes questions stratégiques qui traversent le Fonds mondial, ni d'analyser les prises de position stratégiques des acteurs du secteur privé et de mesurer leur influence sur les décisions prises. Notre propos ici consiste à analyser, de manière non exhaustive, l'influence informelle que ces acteurs exercent sur le fonctionnement et la philosophie de l'organisation. Peut-on dire que le Fonds mondial participe à un mouvement plus général d'intégration des méthodes du secteur privé par les acteurs de l'aide ? Nous nous attacherons à mesurer l'importance des logiques financières dans le discours du Fonds mondial, ainsi que dans les modalités de fonctionnement qui le caractérisent, comme le financement fondé sur les résultats notamment. Ensuite nous aborderons les effets de ces pratiques sur les acteurs et sur les zones d'intervention. De la même façon que Béatrice Hibou propose de faire une économie politique du discours de la Banque mondiale (HIBOU, 1998), il serait judicieux d'effectuer une économie politique du discours du Fonds mondial.

- 32 L'analyse du discours du Fonds mondial, tel qu'il s'exprime dans la bouche de ses dirigeants, dans les documents cadres qui le constituent ou sur son site internet, illustre ce processus d'intégration des logiques du secteur privé, que ce soit par les mots qui sont choisis, par les argumentaires qui sont déployés ou encore par les justifications sur lesquelles se fondent les décisions prises.
- 33 Le Fonds mondial reprend en premier lieu à son compte une terminologie directement inspirée du secteur privé : les acteurs de mise en œuvre sont appelés des « récipiendaires », ils forment en général des équipes appelées des « unités de gestion », leur interlocuteur direct au sein du secrétariat est un « gestionnaire de portefeuille » (portfolio manager), etc. Non seulement ces mots ne sont pas neutres mais ils diffusent une certaine vision de l'aide dans le secteur de la santé. Le fait qu'une organisation comme le Fonds mondial ait choisi ces termes, plutôt que d'autres, illustre sa vision axiologique, son cadre cognitif et la façon dont le Fonds analyse des problèmes, des priorités qu'elle se donne, à elle-même et aux autres.
- 34 Au-delà des mots employés, la façon dont le Fonds mondial appréhende les enjeux sanitaires de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est donc porteuse d'une certaine idéologie. Le Fonds mondial mesure l'impact global de ses investissements dans la santé par le biais de plusieurs indicateurs, notamment le « nombre de vies sauvées », le « nombre de décès évités » ou encore le « nombre de nouvelles infections évitées »⁴¹. Le Fonds mondial n'est bien sûr pas la seule organisation à présenter la santé comme un « investissement rentable », y compris pour les acteurs économiques. Le rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, accueillie par la France en mars 2016, précisait par exemple qu'« environ un quart de la croissance économique entre 2000 et 2011 dans les pays à revenu faible et intermédiaire provenait des améliorations enregistrées en matière de santé », estimant le retour sur investissement dans ce secteur à 9 pour 1, et précisant qu'une année d'espérance de vie en plus augmente d'environ 4 % le PIB par habitant⁴². Ce rationnel est repris dans les « argumentaires d'investissement »⁴³ et on trouve par exemple dans l'argumentaire de la sixième conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial d'octobre 2019 ce calcul d'un retour d'investissement de 19 pour 1⁴⁴. Dans toute la documentation institutionnelle du Fonds mondial, la santé est fondamentalement présentée comme un investissement⁴⁵ et « la bonne santé » de la population comme un critère de croissance et de développement économique⁴⁶. Non seulement le Fonds mondial reprend également régulièrement à son compte ce raisonnement⁴⁷ mais il fait partie des organisations qui portent le plus fortement cette vision de la santé.
- 35 Indépendamment de cette vision de la santé « utile » à l'économie, de nouvelles logiques émergent au Fonds mondial, comme dans la majorité des agences des Nations unies : la recherche systématique « d'effets de levier » ou la mise à disposition de « financements catalytiques » visant à termes la mobilisation d'autres financements. Les logiques financières et la domination des critères de gestion sont par ailleurs explicites dans les méthodes de calcul que le Fonds mondial utilise pour décider qu'un pays est éligible ou non pour recevoir des financements ou pour définir les enveloppes financières disponibles par pays et par maladie⁴⁸. Il est par ailleurs intéressant de noter que l'Inspecteur principal⁴⁹ évalue l'adéquation des ressources humaines du secrétariat aux besoins des différentes zones géographiques en utilisant un ratio « équivalent temps plein pour cent millions de dollars US⁵⁰ ».

- 36 Cette logique gestionnaire se retrouve dans les dispositifs spécifiquement mis en place par le Fonds mondial, qu'il s'agisse des outils liés au financement basé sur les résultats, ou des instruments liés à la gestion des risques. Les modalités de mises en œuvre de ces deux principes participent à des mécanismes de standardisation de l'aide et illustrent l'importation des méthodes du New Public Management ⁵¹ au sein du Fonds mondial.

Le « financement basé sur les résultats », pilier du fonctionnement du Fonds mondial.

- 37 L'idée générale de ce principe (« performance based funding » - PBF) consiste à conditionner le niveau des financements accordé aux pays à l'atteinte de résultats prédéterminés et fixés au moment de l'écriture des projets, au sein de ce que le Fonds mondial appelle des « cadres de performance ». Plusieurs éléments sont ensuite pris en compte chaque trimestre ou chaque semestre pour évaluer l'efficacité de la subvention : l'atteinte des objectifs chiffrés définis par des indicateurs, le pourcentage d'activités prévues réalisées et la capacité d'absorption et de décaissement des financements reçus. Le versement de chaque tranche de financement est soumis à l'analyse du rapport de performance de chaque subvention. Ce financement peut être diminué pour la tranche financière suivante si les résultats ne sont pas aussi importants que prévus. Il ne s'agit donc pas d'un système incitatif de prime à la performance mais plutôt d'un système visant à sanctionner une performance jugée insatisfaisante par rapport aux objectifs fixés. C'est une translation d'une obligation de moyens à une obligation de résultats.
- 38 Ce type de « pilotage guidé par les données » repose évidemment sur des indicateurs quantitatifs, standardisés, reflétant mal la complexité des contextes et reposant sur des données dont la fiabilité n'est pas toujours assurée (PAUL, 2018). Au-delà des indicateurs liés à la santé, ce type de dispositif évalue avant tout la capacité des bénéficiaires à respecter les règles budgétaires et les procédures mises en place. Il contribue à la « managérialisation » de la lutte contre les trois pandémies, qui doit être mise en chiffre et calculable et peut être analysée comme un ensemble de mesures contraignantes ⁵² puisqu'il s'agit de condition sine qua non pour l'obtention des tranches successives de financements. La mise en place de système d'évaluation de la performance et le système de contractualisation avec les acteurs sur des objectifs chiffrés précis sont symptomatiques de l'avènement du New Public Management dans le domaine de l'aide internationale en santé. Le dispositif de gestion des risques du Fonds mondial, élaboré avec l'appui technique de l'assureur Munich Re, s'inspire également de logiques managériales.
- 39 L'application de ces techniques issues du monde du management dans le domaine de la santé va avoir un **impact sur les politiques publiques** de lutte contre les trois maladies dans les pays d'intervention (TCHIOMBIANO, EBOKO, NAY, 2018). Cette approche comporte des répercussions sur le positionnement et la répartition des acteurs impliqués dans la lutte contre les trois pandémies, dans les pays d'intervention. Les effets de l'introduction des normes liées au Fonds mondial sur la conduite des programmes de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sont importants. L'exemple d'un pays comme le Niger, en Afrique de l'ouest représente une illustration idoine de ce phénomène. Le Niger étant principalement tributaire des financements du Fonds mondial dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'intégration

des méthodes du Fonds mondial a largement contribué à « managerialiser » son action publique et à renforcer ce que Béatrice Hibou appelle un phénomène de bureaucratisation, liée à l'usage systématique de règles, de procédures et de formalités nouvelles (HIBOU, 2013).

Les pratiques liées au « management » reconfigurent les rapports de force

- 40 La logique de contractualisation du Fonds mondial entraîne une reconfiguration des rapports de force. Ce principe de responsabiliser, dans chaque pays et pour chacune des trois maladies une organisation « faitière » (appelée bénéficiaire principal) chargées de gérer et de redistribuer les financements à d'autres acteurs (appelés sous bénéficiaires), impose des capacités de gestion particulièrement importantes pour celui qui jouera ce rôle. Un bon « bénéficiaire principal » sera avant tout un bon gestionnaire de financements et une organisation respectant les règles du jeu, avec un bon taux de « décaissement ». Une redistribution des rôles va donc souvent s'opérer, au profit d'ONG internationales ayant une assise financière importante, comme Population Services International-PSI, Save the Children ou Plan International. Il en est de même pour certaines agences des Nations Unies. Par exemple, depuis la création du Fonds mondial et jusqu'en 2019, le PNUD (Programme des Nations Unies pour la population) a géré 197 subventions du Fonds mondial, d'un budget moyen de 38 millions de dollars US)⁵³, au détriment des acteurs publics, dont les programmes nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose ou le paludisme n'ont pas toujours des capacités de gestion jugées suffisantes. Une nouvelle logique de redistribution s'organise ipso facto. Les différents acteurs ne sont plus directement en lien avec le Fonds mondial mais sous la responsabilité d'une organisation gestionnaire (le bénéficiaire principal) qui joue le rôle d'intermédiaire avec le Fonds mondial. L'ensemble des acteurs va donc « rendre compte » à ces bénéficiaires principaux chargés de synthétiser l'ensemble des données pour les transmettre au Fonds mondial, plutôt qu'aux autorités de santé, affaiblissant inmanquablement la capacité de leadership des autorités nationales, et brouillant la frontière entre secteur public et secteur privé.
- 41 La recherche permanente de l'option la plus « coût efficace » de l'investissement le plus rentable, associée à la nécessité de respecter les recommandations internationales entraîne une standardisation des stratégies nationales et une forme de dépolitisation de la lutte contre les trois maladies. La décision de cibler certaines populations plutôt que d'autres (les femmes enceintes, les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les routiers ou les consommateurs de drogues par exemple) n'est plus considérée comme étant une décision politique. Elle doit être, si l'on veut qu'elle soit financée par le Fonds mondial, en parfaite, cohérence avec les recommandations internationales des agences onusiennes, parfaitement rationnelle et fondée sur une démonstration de coût-efficacité.
- 42 Un autre effet de ce système induit une grande codification des informations, une mise en chiffre permanente des interventions et, par la même une véritable « obsession de l'indicateur ». Des systèmes de collectes spécifiques sont souvent⁵⁴ mis en place parallèlement aux systèmes nationaux d'information sanitaire, basés sur le remplissage de supports spécifiquement créés pour répondre aux exigences de suivi évaluation du Fonds mondial, sans connexion avec le suivi « classique » des données des centres de

santé, des systèmes nationaux d'information sanitaire. Dans plusieurs pays comme au Niger, des opérateurs de saisie contractuels ont été recrutés pour enregistrer, gérer et analyser ces données (émanant en large partie du système de santé public) et toute une panoplie de modalités de production des données (formulaires, registres, développement de logiciels, enquêtes, missions de suivi etc.), a été créé, en partie pour répondre à ce primat de la documentation et du suivi quantitatif.

- 43 Enfin, cette nécessité de produire des données codifiées, liés à des indicateurs standardisés ne peut qu'inciter les acteurs à donner la priorité aux activités qui leur permettront d'atteindre de bons résultats quantitatifs - nombre de bénéficiaires touchés, nombre de tests de dépistage effectués, nombre de moustiquaires distribuées, etc.- plutôt que des activités plus structurantes (KEROUEDAN, 2015), ou dirigées des populations plus difficiles à toucher et des interventions dont les résultats sont généralement moins faciles à documenter ou non visibles sur le court terme ou plus complexes à obtenir.

Conclusion

- 44 Le Fonds mondial incarne ces nouvelles institutions hybrides donnant aux acteurs privés un rôle croissant dans la gouvernance de la santé mondiale. Il est significatif d'une évolution générale de l'aide internationale en santé et de l'aide internationale en général, intégrant les méthodes, représentations et pratiques du marché ou qui s'appuient sur une logique gestionnaire.
- 45 Notre article montre en effet successivement : une présence et un renforcement du rôle des acteurs privés à toutes les étapes du dispositif de financement du Fonds mondial (de la gouvernance jusqu'aux activités de contrôle); l'utilisation de principes et méthodes issus du secteur privé tels que la contractualisation, la financiarisation, le financement fondé sur les résultats, l'évaluation de l'efficacité ; et, enfin, l'effet de ces nouvelles normes sur les pratiques des acteurs dans les pays à ressources limitées, comme le Niger. Ces évolutions témoignent de l'émergence d'une nouvelle culture du rendement et de l'efficacité, dans un secteur sanitaire qui n'était pas forcément familier de ces normes organisationnelles.
- 46 Les variables clés qui émergent de cette situation sont illustrées par la multiplicité des rôles occupés par les acteurs du secteur privé au sein du Fonds mondial, la diversité de leurs modalités d'implication et l'évolution de la façon dont ils sont considérés. Le terme de « partie prenante » (« *stakeholder* ») qui les a longtemps caractérisés a été progressivement remplacé par celui de « partenaire », expression polysémique conférant une coresponsabilité et une Co redevabilité dans la conduite de la politique du Fonds mondial⁵⁵. La très faible contribution financière des entreprises, par rapport à celle des États, ne semble pas remettre en question leur participation à la gouvernance de l'organisation et leur légitimité au sein du partenariat public-privé semble finalement avant tout fondée sur leur « savoir-faire », leur « efficacité » et leurs « compétences techniques » plutôt que sur leur investissement financier. Cette « plus-value » technique des acteurs du secteur privé reste cependant à démontrer dans le domaine de la santé mondiale et il sera important de suivre l'évolution du secteur dans les années à venir.

Références bibliographiques

- 47 Bailey F., Dolan A., 2011, « The Meaning of Partnership in Development: Lessons in Development Education », *Policy and Practice: A Development Education Review*, vol. 13, p. 30-48.
- 48 Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ.* 2000 ; 78(4):549-61.
- 49 Chiapello È. La financiarisation des politiques publiques. *Mondes en développement.* 2017 ; n° 178 (2) : 23.
- 50 Gabas J-J, Ribier V, Vernières M. Présentation. Financement ou financiarisation du développement ? Une question en débat. *Mondes en développement.* 2017 ; n° 178 (2) : 7.
- 51 Guilbaud A. Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération. *Mondes en développement.* 2015 ; n° 170 (2) : 91.
- 52 Hibou B. Economie politique du discours de la Banque mondiale en Afrique subsaharienne : Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire. *Etudes du CERI*, 1998, pp.1-4
- 53 Hibou B, *La bureaucratiation néolibérale.* Paris : Éditions La Découverte ; 2013. 324 p.
- 54 Kerouedan D, Chapitre 4. « Les bonnes pratiques de la Global Health. Améliorer la santé ou bien gérer l'argent ? » in Klein A, Laporte C, Saiget M. *Les bonnes pratiques des organisations internationales.* 2015, p.97-112.
- 55 Kindornay, S. (2011), *From Aid to Development Effectiveness: A Working Paper*, Ottawa, The North-South Institute.
- 56 Marten R, Hawkins B. Stop the toasts: The Global Fund's disturbing new partnership. *The Lancet.* févr 2018;391(10122):735-6.
- 57 Nay O. *La région, une institution : la représentation, le pouvoir et la règle dans l'espace régional.* Paris : Harmattan ; 1997. 377 p. (Collection Logiques politiques).
- 58 Nay O, « les politiques de développement » in Borraz (Olivier), Guiraudon (Virginie), dir., *Les politiques publiques 2 : Changer la société*, Paris : Presses de Sciences po, 2010, p. 139-170.
- 59 Nay O. *Gouverner par le marché : Gouvernements et acteurs privés dans les politiques internationales de développement.* *Gouvernement et action publique.* 2017 ; 4(4) : 127. P.128
- 60 Paul E, Albert L, Bisala BN, Bodson O, Bonnet E, Bossyns P, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Glob Health.* janv 2018;3(1) : e000664.
- 61 Saldinger A, "Peter Sands calls on countries to reform taxes to free up funding for health", *Deve*, 06 février 2018.
- 62 Tchiombiano S, Eboko F, Nay O. Le pouvoir des procédures : les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratiation : l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et du centre. In Grégoire E, Kobiané J-F, Lange M-F, éditeurs. *L'Etat réhabilité en Afrique: réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale.* Paris: Karthala; 2018. 355 p. (Hommes et sociétés), p.105-124.

NOTES

1. Le présent article s'inscrit pleinement dans la continuité des travaux d'Auriane Guilbaud, en approfondissant l'analyse du Fonds mondial.
2. Nous reprenons ici la définition d'Auriane Guilbaud, qui identifie 17 Partenariats Public/ Privé Sanitaires Internationaux (PPSI) : Accélérating Access Initiative (AAI), International Trachome Initiative (ITI), Drug neglected Diseases Initiative (DNDI), Stop TB partnership (Stop TB), International Aids vaccine Initiative (IAVI), Malaria Vaccine Initiative (MVI), Roll Back Malaria (RBM), Global Alliance to eliminate Leprosy (GAEL), Global Alliance to eliminate Lymphatic Filariaiasis (GAELF), Médecine for Malaria Venture (MMV), African Comprehensive HIV/Aids Partnership (ACHAI), Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance), Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), Meetizan donations programm (MDP), AERAS Global TB Vaccine Foundation (AERAS), Children without worms (CWW), Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND).
3. Depuis sa création en 2002 et jusqu'en 2018, le Fonds mondial a permis de mobiliser 41,6 milliards de dollars US pour lutter contre les trois maladies. Sources Fonds mondial, Rapport 2019. https://www.theglobalfund.org/media/8754/corporate_2019resultsreport_report_fr.pdf?u=637045670120000000 (consulté le 26 septembre 2019).
4. Rappelons que le VIH-Sida a la première maladie à avoir été l'objet d'une Assemblée Générale extraordinaire des Nations Unies en 2001.
5. « Le seul moyen de mettre un terme aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme est de travailler ensemble : les autorités publiques, la société civile, les communautés touchées par la maladie, les partenaires techniques, le secteur privé, les organisations confessionnelles et les autres bailleurs de fonds. Tous les acteurs investis dans la riposte aux maladies doivent participer aux processus décisionnels ». Site du Fonds mondial [<http://www.theglobalfund.org/fr/overview/>] consulté le 11 juin 2019.
6. La Fondation Bill et Melinda Gates, créé en 2008 par le milliardaire américain est très investie sur les questions de santé mondiale, notamment au sein du Fonds mondial. Elle représente 75% des financements du secteur privé et Bill Gates est lui-même très investi dans le plaidoyer pour le Fonds mondial. Rappelons qu'elle est par ailleurs le deuxième bailleur de fonds de l'OMS après les États-Unis et largement devant la Grande Bretagne.
7. Site du Fonds mondial : <https://www.theglobalfund.org/fr/updates/other-updates/2019-09-02-focus-on-private-sector-partnerships/>, consulté le 10 juin 2019.
8. Le rôle de ces instances de coordination nationale est (1) de coordonner l'élaboration et la soumission des demandes de financement ; (2) de désigner le ou les bénéficiaires principaux qui devront gérer les subventions et suivre leurs résultats ; (3) d'Assurer le suivi stratégique de la mise en œuvre des programmes approuvés, (4) d'approuver les éventuelles demandes de révision et (5) de veiller à maintenir une correspondance et une cohérence entre les programmes financés par le Fonds mondial et d'autres programmes nationaux pour la santé et le développement.
9. Les directives du Fonds mondial précisent sont les suivantes : « Étant donné l'ampleur des compétences et des ressources que le secteur privé peut apporter, les instances de coordination nationale peuvent tirer des avantages considérables de l'inclusion de sociétés et d'organisations représentant les principaux composants du secteur privé, notamment des types d'organisations suivants : grandes sociétés à but lucratif ayant fait la preuve de leur engagement dans la lutte contre les trois maladies, organisations représentant les petites et moyennes entreprises et le secteur non structuré, associations d'entreprises investies dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, représentants des industries exposées, praticiens privés et cliniques à but lucratif, fondations philanthropiques créées par de grandes sociétés ». In politique relative

aux instances de coordination nationale, approuvée par le Conseil d'administration GF/B39/DP09, le 10 mai 2018, consulté le 11 septembre 2019 : https://www.theglobalfund.org/media/7479/ccm_countrycoordinatingmechanism_policy_fr.pdf

10. Le gouvernement norvégien avait évoqué la possibilité de supprimer sa contribution si cette convention avec Heineken n'était pas annulée.

11. Site du Fonds mondial, consulté le 9 septembre 2019 : <https://www.theglobalfund.org/en/blog/2018-02-02-making-the-world-safe-from-the-threats-of-emerging-infectious-diseases/>

12. Source Fonds mondial. Soulignons qu'il s'agit ici d'acteurs privés et non gouvernementaux (y inclus des instituts de recherche, des chambres de commerce, des fondations philanthropiques, etc.).

13. La contribution des acteurs du secteur privé était par exemple de 359 millions de dollars US pour le cycle de trois ans 2011-2013, de 627,9 millions de dollars US pour le cycle 2014-2016 et de 850 millions de dollars US pour le cycle 2017-2019. Sources Fonds mondial.

14. Pour la période 2017-2019, les acteurs du secteur privé se sont engagés à apporter 850 millions de dollars au Fonds mondial.

15. La cérémonie officielle de lancement a été précédée d'une séquence de mobilisation du secteur privé, co-organisée avec l'organisation (RED) fondée par Bono et en partenariat avec le conseil français des investisseurs en Afrique et Sales force France, visant à encourager les dirigeants d'entreprises français et internationaux à investir dans la santé mondiale.

16. La contribution globale de la Fondation Gates depuis la création du Fonds mondial est légèrement supérieure à 2 milliards de dollars US fin 2019. Données du Fonds mondial 2019, retraitées.

17. Depuis son lancement au printemps 2006 et jusqu'en 2019, (RED) a généré environ 420 millions de dollars au profit du Fonds mondial (source Fonds mondial).

18. L'initiative HER a été lancée lors de la réunion annuelle du Forum économique mondial de Davos, en Suisse, en Janvier 2018, sous l'égide de la militante Malala Yousafzai et de Bill Gates. <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2018-01-24-global-fund-and-partners-launch-her/>, consulté le 6 juin 2019.

19. Tribune « Le défi sanitaire mondial est aussi l'affaire des entreprises », Les échos, 16 mai 2019.

20. On peut également citer l'ancien directeur des affaires extérieures du Fonds mondial, Christopher Benn : « L'innovation sera au cœur du succès de notre approche contre le paludisme. Mais il ne s'agit pas seulement d'identifier la prochaine percée qui fera la une des journaux. Nous devons plutôt chercher à insuffler une nouvelle énergie dans l'effort de lutte contre le paludisme en envisageant d'autres mécanismes de financement ». Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in Devex, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, consulté le 11 juin 2019.

21. Ce dispositif mis en place en 2010 visait à rendre accessibles financièrement des traitements antipaludéens

22. Depuis la création de ce dispositif en 2007, trois pays ont accepté d'annuler leur dette à condition que les pays endettés s'engagent à la réinvestir dans la santé : l'Allemagne (avec l'Indonésie, la Côte d'Ivoire, l'Égypte et le Pakistan), l'Australie (avec l'Indonésie) et l'Espagne (avec le Cameroun, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie)

23. Mise en place d'un fonds régional pour la santé, par la Banque asiatique de développement en partenariat avec le Fonds mondial et la Asia Pacific Leaders, proposant des mécanismes combinant prêts et subventions.

24. Un projet pilote est en cours, en partenariat avec l'Union pour lutter contre la tuberculose en Inde, en mobilisant des financements additionnels auprès d'acteurs de la finance (investisseurs cherchant à avoir un impact, particuliers très fortunés, fonds souverains et caisses de retraite, banques, sociétés de gestion d'actifs, ou institutions financières de développement). Des projets

d'obligations à impact social sont également en cours de lancement en Afrique du Sud et à Fidji selon un article de la revue Aidspace : « The Global Fund opens consultations on innovative finance mechanisms », Global Fund Observer, 7 Août 2018.

25. On peut également ici penser aux « pandemic Bonds » mis en place au moment de l'épidémie d'infections à Ébola, évoqué par Guillaume Lachenal dans son article « Tombola Ébola », Libération, 6 juin 2018 : https://www.liberation.fr/debats/2018/06/06/tombola-ebola_1657098.

26. Le choix des bénéficiaires principaux est effectué par les CCM, qui doivent ensuite faire valider cette décision par le Fonds mondial. Le principe général consiste à désigner des bénéficiaires principaux parmi les « acteurs nationaux ». Pour autant, dans les faits, la gestion des subventions est confiée bien souvent à des agences des Nations unies, à des ONG internationales et, plus marginalement, à des entreprises du secteur privé.

27. Sources Aidspace, données retraitées. <http://www.aidspace.org/page/grant-performance-analysis>

28. Société d'électricité industrielle et du Bâtiment.

29. On pense par exemple au Boston Consulting Group, qui a appuyé le Fonds mondial pour penser son nouveau modèle de financement (New funding Model) en 2014.

30. L'Initiative 5 %, mise en place par France Expertise International (FEI / aujourd'hui Expertise France), structure rattachée au Ministère des Affaires étrangères et du Développement International, vise à répondre aux demandes émanant des pays francophones en expertise technique de haut niveau pour les aider à la conception, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et à la mesure de l'impact des subventions allouées par le Fonds mondial. Concrètement, 5 % de la contribution de la France au Fonds mondial soit 18 millions d'euros par an, sont gérés par cette initiative.

31. Créé en 2007, le projet d'assistance technique américain « Grant Management Solution » lié à l'USAID a fermé ses portes en décembre 2017.

32. Projet de Coca Cola, mis en place en 2010, en partenariat avec le Fonds mondial, la Fondation Bill and Melinda Gates et l'USAID (depuis 2014).

33. Plateforme mise en place en 2019 coordonnée par la Global Business Coalition on Health (GBC Health).

34. Site du Fonds mondial : <https://www.theglobalfund.org/en/private-ngo-partners/delivery-innovation/ecobank/> consulté le 12 juin 2019

35. https://www.theglobalfund.org/media/8708/publication_privatesectorempowerproject_focuson_en.pdf

36. https://www.theglobalfund.org/media/8382/core_privatesectorengagement_framework_en.pdf consulté le 5 juin 2019.

37. L'Institut tropical et de santé publique suisse (ou Swiss TPH), anciennement dénommé Institut tropical suisse, est un centre de recherche basé à Bâle. Il suivait par exemple 14 pays fin 2017.

38. Les Big Four (traduction littérale, les « quatre grands ») sont les quatre plus grands groupes d'audit financier au niveau mondial : Deloitte Touche Tohmatsu, EY (Ernst & Young), KPMG et PwC (PricewaterhouseCoopers).

39. Fin 2017, par exemple, KPMG était présents dans 11 pays et PwC dans 82 pays sur les 143 pays suivis par des LFA. Source Fonds mondial : « List of Global Fund Local Fund Agent », mise à jour au 15 décembre 2017.

40. Les acteurs du secteur privé à but lucratif ne sont pas les seuls : d'autres nouveaux acteurs se sont progressivement imposés comme des « partenaires » : les ONG, les associations militantes, les think tank, les universités, etc. Cette implication du secteur privé dans le champ de la lutte contre les trois pandémies illustre parfaitement la place croissante prise par ceux qu'Olivier Nay appelle des acteurs marchands (acteurs économiques et financiers, firmes transnationales,

banques privées, fonds d'investissements, fondations privées, etc.) dans l'aide au développement (Nay, 2010).

41. Le nombre de vies sauvées dans un pays donné au cours d'une année précise est estimé grâce à des techniques de modélisation, en soustrayant le nombre réel de décès du nombre de décès qui auraient été enregistrés dans un scénario où les interventions financées par le Fonds mondial n'auraient pas été menées, en fondant l'analyse sur les estimations officielles de la charge de morbidité de chaque maladie selon l'OMS, l'ONUSIDA, le Partenariat Halte à la tuberculose ou le Partenariat Roll Back Malaria. Sur ce sujet, on peut notamment se référer à l'article de Fred Eboko, suite à la nomination de Peter Sands, en décembre 2017. F. Eboko, « Les vies humaines ne sont pas que des unités statistiques », Jeune Afrique, n° 2969, du 3 au 9 décembre 2017, p. 50.

42. Rapport de la commission de haut niveau sur l'Emploi en santé et la croissance économique, juin 2016, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3>, page 9

43. Document élaboré en amont des conférences que le Fonds mondial organise tous les trois ans pour mobiliser les financements des différents donateurs.

44. « Chaque dollar investi générant 19 dollars US en avancées sanitaires et retombées économiques », Accélérons le mouvement, argumentaire d'investissement, p6. https://www.theglobalfund.org/media/8280/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_report_fr.pdf , consulté le 26 septembre 2019.

Lorsqu'il faisait son plaidoyer pour mobiliser de nouvelles ressources pour le Fonds mondial, Christopher Benn utilisait régulièrement et explicitement le terme de « retour sur investissement ». Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in Devex, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, consulté le 11 juin 2019.

45. Notons que cette logique était déjà en œuvre depuis longtemps puisque le nom de la stratégie 2012-2016 s'intitulait « Investir pour l'impact ».

46. Sur le site du Fonds mondial, on peut par exemple lire « L'impact des investissements dans la santé se mesure de multiples façons, notamment selon le nombre de vies sauvées ou le taux de recul du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Plus globalement, l'impact réel des investissements dans la santé s'illustre par la vitalité et la force économique des communautés et des pays dans lesquels la charge de morbidité décline ».

47. Christopher Benn, directeur des relations extérieures du Fonds mondial jusqu'en 2018 disait dans une tribune « Les 25 dernières années ont prouvé que la croissance du produit intérieur brut par habitant dans les pays non touchés par le paludisme a été cinq fois plus élevée que dans les pays à forte charge palustre ». Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in Devex, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, consulté le 11 juin 2019.

48. Le Fonds mondial a mis en place un système d'allocation sur trois ans. Il fixe par pays et par maladie une enveloppe globale disponible « La somme allouée à chaque pays est, pour l'essentiel, fonction de sa charge de morbidité et de ses capacités économiques ». Le calcul est ensuite affiné pour rendre compte des facteurs contextuels importants, notamment l'évaluation des capacités de décaissement des financements, évaluée grâce aux résultats obtenus sur les précédentes subventions.

49. L'une des particularités du Fonds mondial est la création d'un Inspecteur général, indépendant du secrétariat et relevant du conseil d'administration, chargé, chargé de mener des enquêtes et des audits sur les subventions du Fonds mondial.

50. Rapport consultatif du bureau de l'inspecteur général du Fonds mondial : « Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC) », mai 2019. Disponible sur le site du

Fonds mondial, https://www.theglobalfund.org/media/8496/oig_gf-oig-19-013_report_fr.pdf?u=637001821120000000, consulté le 19 mai 2019.

51. Les grands principes de la « nouvelle gestion publique » (New Public Management) sont la délégation des responsabilités à des unités décentralisées et plus autonomes, la contractualisation sur des objectifs chiffrés précis et la mise en place de systèmes d'évaluation de la performance.

52. Ces contraintes vont s'exercer sous différentes formes, comme l'explique Olivier Nay : savoir-faire, rites, modèles d'action, formes d'organisation, codes, conventions sociales, routines, techniques, procédures (Nay, 1997), qui ne seront pas forcément coercitives ou autoritaires (il s'agira plutôt de pression normative ou mimétiques) (Nay, 1997)

53. Données retraitées. Source Global Fund Data Explorer, <https://data.theglobalfund.org/home>, consulté le 25 septembre 2019.

54. Cela a par exemple été le cas au Niger, et dans de nombreux pays d'Afrique de l'ouest et du centre.

55. Sur l'émergence du concept de « partenariat » dans le champ des politiques de développement, on pourra notamment se reporter à l'article (Bailey, Dolan, 2011)

ABSTRACTS

Résumé :

Instrument financier créé pour mobiliser, gérer et distribuer des fonds dédiés à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial illustre parfaitement la reconfiguration récente du système sanitaire internationale et l'émergence, depuis la fin du vingtième siècle des « partenariats public / privé » internationaux. Quelle place occupent réellement les acteurs du secteur privé au sein de l'organisation, et dans quelle mesure cette participation modifie-t-elle, ou non, le fonctionnement du Fonds mondial ?

Cet article décrit et analyse dans un premier temps le rôle joué par les acteurs privés au sein du Fonds mondial, de la définition des stratégies institutionnelles jusqu'au contrôle de la bonne mise en œuvre des subventions. La seconde partie du texte porte sur le processus d'appropriation par le Fonds mondial des logiques et des méthodes du secteur privé dans la mise en place de ses propres outils et méthodes de travail.

Public health, private approach: The Global Fund and the involvement of private actors in global health (eng)

Stéphanie TCHIOMBIANO

- 1 Private sector actors have long been involved in the health sector (Guilbaud, 2015)¹. Nevertheless, the turn of the 2000s corresponds to an exceptional evolution of new actors and innovative strategies, with the emergence of many "public/private partnerships". While this new concept remains relatively vague (Buse, 2000), it refers to the principle of initiatives bringing together public (state) and private actors (whether or not they are for-profit), around a collective health good, with an independent governance structure in which public and private actors are represented². The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria represents one of these new initiatives and embodies this reconfiguration of the international health system.
- 2 Since its creation in 2002, the Global Fund has been an innovative financial mechanism to mobilize, manage and distribute funds dedicated to the fight against AIDS, tuberculosis and malaria³. A foundation with Swiss status, it claims an independent positioning from the United Nations system, more modern, less technocratic, more efficient and fundamentally linked to the private sector. Its creation is intended to meet both a major health need (the need to mobilize massive funding to respond to the health emergency⁴) and the need for aid effectiveness in all areas of development (Kindornay, 2011), driven by OECD countries and more specifically by Anglo-Saxon countries (Nay, 2017). It proposes a framework based on the four new international standards of "partnership", "ownership", "results-based financing" and "transparency" (Tchiombiano, Eboko, Nay, 2018). More specifically, it stresses the need to involve all actors⁵, including private for-profit sector actors, in the fight against the three diseases, in the name of their effectiveness and expertise.
- 3 In contrast to the public sector, which is run by the State, the concept of the private sector broadly includes enterprises, privately owned banks, social economy actors (mutuals, cooperatives, associations) and non-governmental organizations.

- 4 In this article, we will use the term private actor in a narrower sense, generally used in English, to refer to privately owned companies and financial actors operating for profit in the sectors of trade, industry, banking, insurance, consulting and finance, as well as their related philanthropic organisations.
- 5 This article does not focus on the commercial relationships of private sector actors with the Global Fund (e.g. when they produce and supply medicines, impregnated mosquito nets or laboratory equipment purchased with Global Fund funding), nor the benefits they derive from them. Similarly, we will not attempt here to report on the influence exerted by these actors on strategic decisions (although there would be much to say, for example, on the weight and influence of the Bill Gates Foundation⁶). Rather, we will focus on how private for-profit sector actors have gradually been viewed as "partners", going beyond their role as suppliers. Can we say that private actors really participate in the fight, and in what way? What are the rationales behind this involvement? To what extent does this change the face and strategies of the fight against the three diseases?
- 6 Our hypothesis is that the Global Fund is emblematic of a rise in the world of health aid of practices, techniques, representations and values inspired by management and finance. In terms of methodology, we worked on the basis of semi-directive interviews, observation, analysis of the Global Fund's institutional literature (primary documents and the Global Fund website), and scientific literature. We will repeat here the approach described by Eve Chiappello, who studies the circulation of market actors' standards: *"This approach pays attention to the management tools, devices and instruments that equip the action, weigh on the situations with their own weight and escape, in part, the intentions and projects that led them"* (Chiappello 2017), by asking us about the integration by the Global Fund of private sector standards. To what extent do the different tools set up by the Global Fund reflect the world views, knowledge and know-how of private actors? It should be noted that this trend is not specific to health and also affects, for example, education (Chiappello, 2017) or agricultural development (Gabas, Vernières, 2017).
- 7 We will first study the role played by private actors within the global fund, from the definition of institutional strategies to the monitoring of the proper implementation of grants, then we will see to what extent the Global Fund has appropriated the logic and methods of the private sector to set up its own tools and working methods and what effect this may have had on the practices of actors in a country like Niger.

What role(s) for private sector actors within the Global Fund?

- 8 Institutional discourse gives private sector actors an important place and role within the Global Fund. Peter Sands, the Global Fund's new Executive Director, explains: *"Our fight to end AIDS, tuberculosis and malaria can only be successful if we work with partners in the private sector. (...) We need the resources, innovation and expertise of the private sector to counter the threat of drug resistance, expand our sphere of influence and build stronger health systems - all of which will save more lives"*⁷. Beyond the affirmation of principle, what is the concrete involvement of private actors?
- 9 Olivier Nay identifies four different levels where the presence of market actors is strengthened in what he calls "a public role of private actors": the construction of development agendas (governance), the financing of international programmes, the

delivery of technical assistance and, finally, consulting, audit and evaluation activities with public aid actors (Nay, 2017). We will add a fifth level for the Global Fund: the concrete implementation of interventions since the Global Fund sometimes entrusts grants to a private actor (rather than to a public prosecutor, or to an NGO) to set up a programme or grant.

- 10 In this first part, we will therefore review all five levels of private sector involvement in the Global Fund, from governance to technical assistance, financing, implementation and audit of interventions.

Private actors in the governance of the Global Fund

- 11 Private sector actors are primarily involved in the governance of the Global Fund and participate in the development of the organization's strategies. Of the 20 voting seats on the Global Fund's Board of Directors, the Articles of Association provide for one seat to be allocated to the private for-profit sector (e.g. Goodbye Malaria in 2019, alternating with Merck Pharmaceutical) and another seat to be allocated to private foundations (e.g. in 2019, the Deputy Director of the Bill Gates Foundation, alternating with a representative from the Kaiser Foundation). Each delegation defines its own selection procedure.
- 12 The private sector is also represented at the country level of the Global Fund's operations, in the country coordinating mechanisms (CCMs⁸). These private actors can be large for-profit companies that have "demonstrated their commitment" to the three diseases, organizations representing small and medium-sized enterprises and the informal sector, business associations involved in the fight against HIV, tuberculosis and malaria, representatives of exposed industries, private practitioners and directors of for-profit clinics, or philanthropic foundations created by large companies. While the participation of private sector actors in the CCM is not a prerequisite for access to funding, as may be the case for civil society (which must represent 40% of members), private sector actors are included in the pre-established list of non-governmental constituencies to be included in the CCM⁹, and the Global Fund strongly encourages countries to stimulate this participation (Bekelynk, 2015).
- 13 While the Board plays a central role in the governance and strategy development of the Global Fund, it is also interesting to look at those who have led the organization since its inception. Three of the five Global Fund directors had a strong relationship with the private sector: Richard Feachem (2002-2006), the first Global Fund director, from the World Bank, who headed the scientific board of the Investing in Health report; Gabriel Jaramillo (2012-2013), a Brazilian who was Chairman and CEO of Sovereign Bank before assuming the role of intermediary at the head of the Global Fund; and Peter Sands (Executive Director since November 2017), an English national director of Standard Chartered PLC. Peter Sands is perhaps the most mobilized of all on the importance of the private sector, making numerous statements in collaboration with private actors. At the World Economic Forum in Davos in 2018, a partnership with alcohol producer and distributor Heineken was announced. Many voices were immediately raised to¹⁰ denounce the incompatibility of such a partnership (finally aborted), for reasons of coherence and public health, to which Peter Sands responded with the following words: "*the global health community needs to engage the private sector more rather than less*" (Marten, Hawkins, 2018). He also said "*we must find better models of collaborating with the*

private sector. I don't have a magic wand to achieve this, but I can promise that under my leadership the Global Fund will take a big picture view of its mission, and a collaborative approach towards achieving its goals¹¹. The other two directors had academic profiles: the French Michel Kazatchkine (2007-2012) and the American Mark Dybul (2013-2017). This presence of private for-profit sector actors on the Board of Directors, and the presence of several personalities from the financial world at the head of the organization, help to explain how the Global Fund approaches health issues.

The private sector's financial contribution to the Global Fund: a minority share

- ¹⁴ The second role played by the private sector within the Global Fund is that of a financial contributor.
- ¹⁵ Between the creation of the Fund in 2002 and July 2019, private sector actors had contributed US\$2.73 billion to the¹² Fund's resources. This private sector contribution has increased steadily since the inception of the Global Fund, in line with the increase in the total budget of the Global Fund¹³. It has remained a very small minority. While this role as a donor is the first role to which private sector participation is associated, this amount, in relative volume, represents only about 5% of the Global Fund's overall funding¹⁴. While partnership with private for-profit sector actors therefore does not substantially increase the volume of resources, it is interesting to see that the private sector remains a key target: at the sixth Replenishment Conference in Lyon in October 2019, the objective is to raise an additional \$14 billion, including at least \$1 billion (more than 7% of the total) from the private sector for the next three-year cycle. The replenishment campaign was launched in September 2018 in Paris, at the Quai d'Orsay, highlighting the partnership with the private sector¹⁵. A more detailed analysis of the nature of the funding presented as coming from the private sector shows that it comes mainly from the Bill and Melinda Gates Foundation (75% of all private sector contributions¹⁶). Apart from the Gates Foundation, the second contributor is the partnership launched by Bono and Bobby Shriver Product (Red). Linked to the One Campaign association (campaign and advocacy organization), the principle of (RED) is to collaborate with brands (such as Air Asia, Apple, Starbuck, Beats, Gap or Telcel) that develop products and services bearing the (RED) sign. A percentage of the income related to these outputs is then systematically allocated to the Global Fund (for targeted programs)¹⁷. Chevron Corporation is the third largest private contributor. The American oil company was considered a "champion" in 2008, but its contribution then declined steadily.
- ¹⁶ As private companies are generally more interested in targeted funding for specific activities and locations, the Global Fund seeks to encourage them through the establishment of common platforms such as the HIV Epidemic Response (Her) Initiative for¹⁸adolescent girls and young women in 13 African countries.
- ¹⁷ This mobilization of private sector actors is also reflected in the creation of business coalitions grouped around health issues, whether at the global, regional or national level. The model of the Global Business Coalition on Health, founded in 2001, as part of the process of creating the Global Fund, was then applied at the regional level. The European initiative "Business for Global Health / Entreprises pour la santé mondiale", created in May 2019¹⁹ or the A4A partnership (Africans for Africa) as well as at national

level (with for example "Santé en Entreprises" in France are examples of this. In line with this approach, in 2017 the Global Fund signed an agreement with the French Council of Investors in Africa.

- 18 Private actors also contribute to the emergence of innovative financing. Indeed, in view of the increasing increase in needs and the difficulty of mobilising constrained public funding, the creation of new sources of funding is presented as a real solution²⁰. Just a few months after taking over the Global Fund, Peter Sands already mentioned them: "Innovative financing mechanisms (from impact bonds, to blended finance, matching funds and results-based funding) can all play "a significant and important role in what we're doing both in terms of improving the effectiveness with which we deploy existing funds and in attracting new monies" (Saldinger, 2017). These innovative financing initiatives can be initiatives aimed at mobilising new financial resources, such as the Product (Red) partnership, grant programmes, such as the Fund for affordable antimalarial drugs, AMFm²¹. They can constitute debt2Health schemes based on the idea that a "donor" country can cancel a national debt on condition that the money is partly reinvested by the debtor State in health programmes linked to the Global Fund²². Other initiatives such as "mixed financing", combining grants with public borrowing²³ or "development impact bonds" are also being tested by the Global Fund²⁴. The principle of these schemes is to raise capital from the market sector to finance health programmes, with a view to reimbursement provided that the objectives of the programme are met. Generally presented as a solution to the depletion of public funding, some of these innovative financing²⁵, such as social impact bonds, raise many questions: the difficulty of regulation and control; the ethical issues related to the fact that financial investors can make profits through health interventions affecting the most vulnerable; the risk of public authorities being disempowered; the potential drift in targeting interventions towards more "profitable" populations, easy to reach and take charge of, and not towards the most marginalized groups, among others.

19

Empowerment of private sector actors in the implementation of subsidies

- 20 In some cases, Global Fund financing is entrusted to private for-profit sector actors, companies or banks to implement health programmes. Presented as a last resort²⁶, and generally in the name of their effectiveness or management capacity, this option to entrust grant management is quite specific to the Global Fund. About 2% of Global Fund grants were awarded to private for-profit sector companies between 2002 and 2019²⁷. A few examples illustrate this situation: AngloGold Ashanti Bank in Ghana and Argentina, Sogebank Bank in Haiti, or SEIB²⁸ in Benin.
- 21 This possibility of contracting directly with private for-profit actors helps to reposition them in the field and strengthen their social legitimacy. This type of contract with international organizations, linked to management fees that can be comfortable, gives them what Olivier Nay calls a public role (Nay, 2017). This interweaving of one (private) domain into the other (public) effectively blurs the border between them and both public authorities and "traditional" operators such as non-governmental organizations.

Private actors in the technical support of other actors

- 22 This role has three levels: support, advice to the Global Fund secretariat itself; capacity building for local actors, including on issues of procurement, financial management and technological innovation; and "monitoring" of results achieved as well as compliance with Global Fund procedures.
- 23 First, several private for-profit actors and consulting firms are mandated by the Global Fund, either to support it in defining its operational strategies²⁹ or to advise it on its internal organization. For example, the risk management system was designed with the support of the insurer Munich Ré.
- 24 In addition, many private actors carry out technical expertise missions "in the field" in the countries of intervention. A large market for technical assistance has gradually developed around the Global Fund, due to the complexity of its procedures, which often requires "national" actors or international partners from these countries to seek expert support for access to and management of Global Fund financing. This contract is subcontracted to private service providers, individual experts or consulting firms, who are responsible for providing technical support and strengthening the skills of those working in the field. The creation of the Global Fund and the availability of significant resources in line with its mandate have thus led to the emergence of a new professional field of expertise. The latter are no longer only experts in epidemiology, public health or patient diagnosis and care. They are primarily experts on the Global Fund and its operating procedures. While this role of mobilizing private expertise is largely carried out by bilateral mechanisms such as the 5% Initiative (³⁰France), the Back Up Programme (German GIZ) or previously by GMS³¹ (United States), the Global Fund also directly mobilizes individual technical experts or private consulting firms.
- 25 The Global Fund has signed several agreements with companies to benefit from their "know-how" in specific areas. The first area affected by this type of partnership is procurement, including the "Last Mile³²" project with Coca Cola. Beyond the skeptical reactions that point to the complexity of associating a multinational corporation with the Global Fund and its sulfurous reputation, and whose sodas are known to be partly responsible for the global obesity epidemic, this project consists in logistically and technically supporting ten African countries so that they are able to distribute drugs to the most inaccessible populations, who also easily access a bottle of Coca-Cola. Procurement issues are considered by the Global Fund as a major obstacle to achieving results and a dedicated "Logistic for health³³" platform now brings together the companies invested in this subject.
- 26 The second area in which companies are called upon to provide technical assistance is of course financial management expertise. For example, a partnership with Ecobank was signed by the Global Fund in 2014 to strengthen the financial skills of Global Fund grant recipients in 20 African countries³⁴. This project is a continuation of another partnership signed in 2008 with Standard Bank, which focuses on building the capacity of local actors in financial management. Finally, the Global Fund is advised by the German insurer Munich Re, to develop its risk management policy.
- 27 The third, more limited area of expertise concerns technological innovation. In particular, a partnership was signed with IBM on a pilot project for new technologies to improve the quality of care in India, using digital tablets (eMpower programme³⁵).

- 28 Of course, the tensions caused by the signing of agreements with Heineken (finally repealed) or Coca-Cola (maintained) have contributed to the establishment of a number of "safeguards" and the Global Fund put in place a framework document on private sector engagement in March 2019³⁶.

Delegation of control procedures to private actors

- 29 The Global Fund delegates procedures for monitoring the achievement of results and the proper use of grants to private actors. The Fund signs contracts with several consulting firms as "LFA" (Local Fund Agents), responsible for assessing the operational and budgetary performance of grants and organisations. As it does not have an office in the countries of intervention, the Global Fund delegates its control to these private providers. The latter must be "his eyes and ears", to use the consecrated expression, generally used by all the actors. While some LFAs also have technical skills in the field of health (such as the Swiss Tropical Institute³⁷), the vast majority of LFA missions are carried out by large audit and accounting firms: KPMG and PWC, which are part of four "Big Four³⁸" companies, were responsible for auditing more than half of the missions at the end of 2017³⁹.
- 30 The most active private sector actors within the Global Fund are ultimately neither pharmaceutical companies nor multinationals based in recipient countries, but a relatively heterogeneous group, marked by the growing presence of financial actors such as private banks, insurance companies, and audit firms that are moving beyond their traditional sectors of intervention - new technologies, economic development, support for micro-credit, etc. - to become involved in social sectors.
- 31 Ultimately, private sector actors are present at all levels of the Global Fund: board seats, advisory missions to the secretariat, technical support contracts, capacity building for local actors, monitoring and evaluation of grant implementation. While this dynamic is not specific to the Global Fund and cuts across all public policy networks in the development world⁴⁰, the role of private sector actors is particularly important within the Global Fund, compared to other international organizations. This diverse and important presence has an impact on the operation of the Global Fund.

Appropriation of private sector logics and methods by the Global Fund

- 32 The purpose here is not to review the major strategic issues that affect the Global Fund, nor to analyse the strategic positions of private sector actors and measure their influence on the decisions taken. Our purpose here is to analyse, in a non-exhaustive way, the informal influence that these actors have on the functioning and philosophy of the organisation. Can it be said that the Global Fund is part of a broader movement to integrate private sector approaches by aid actors? We will focus on measuring the importance of financial logic in the Global Fund's discourse, as well as in its distinctive operating modalities, such as results-based financing in particular. Then we will discuss the effects of these practices on the actors and on the intervention areas. In the same way that Béatrice Hibou proposes to make a political economy out of the World Bank's speech (Hibou, 1998), it would be wise to make a political economy out of the Global Fund's speech.

- 33 The analysis of the Global Fund's discourse, as expressed in the mouths of its leaders, in the framework documents that constitute it or on its website, illustrates this process of integrating the logic of the private sector, whether by the words chosen, the arguments deployed or the justifications on which the decisions taken are based.
- 34 The Global Fund primarily uses terminology directly inspired by the private sector: implementing actors are called "recipients", they generally form teams called "management units", their direct interlocutor within the secretariat is a "portfolio manager", etc. Not only are these words not neutral, but they also convey a certain vision of aid in the health sector. The fact that an organization like the Global Fund has chosen these terms, rather than others, illustrates its axiological vision, its cognitive framework and the way in which the Fund analyses problems and priorities for itself and others.
- 35 Beyond the words used, the Global Fund's approach to health issues in the fight against AIDS, tuberculosis and malaria therefore carries a certain ideology. The Global Fund measures the overall impact of its investments in health through several indicators, including the "number of lives saved", the "number of deaths prevented" and the "number of new infections prevented"⁴¹. The Global Fund is of course not the only organization that presents health as a "profitable investment", including for economic actors. The report of the High Level Commission on Healthy Employment and Economic Growth, hosted by France in March 2016, stated, for example, that "*about a quarter of economic growth between 2000 and 2011 in low- and middle-income countries came from improvements in health*", estimating the return on investment in this sector at 9 to 1, and specifying that an additional year of life expectancy increases GDP per capita by about 4 per cent⁴². This rationale is reflected in the "investment rationale"⁴³ and, for example, in the rationale for the sixth Global Fund replenishment conference in October 2019, this calculation of a 19:1 return on investment⁴⁴. In all the Global Fund's institutional documentation, health is fundamentally presented as an investment⁴⁵ and the "good health" of the population as a criterion for economic growth and development⁴⁶. Not only does the Global Fund regularly adopt this approach⁴⁷, but it is one of the organizations that most strongly supports this vision of health.
- 36 Regardless of this vision of health "useful" to the economy, new approaches are emerging at the Global Fund, as in most United Nations agencies: the systematic search for "leverage effects" or the provision of "catalytic financing" aimed at mobilizing other financing. Financial rationales and the dominance of management criteria are also explicit in the calculation methods that the Global Fund uses to decide whether a country is eligible to receive funding or to define the financial envelopes available per country and per disease⁴⁸. It is also interesting to note that the Principal Inspector⁴⁹ assesses the adequacy of the secretariat's human resources to the needs of different geographical areas using a "full-time equivalent per hundred million US dollars"⁵⁰ ratio.
- 37 This management logic is reflected in the mechanisms specifically put in place by the Global Fund, whether they are tools related to results-based financing or instruments related to risk management. The modalities for implementing these two principles contribute to aid standardization mechanisms and illustrate the importation of New Public Management methods into⁵¹ the Global Fund.

Results-based financing", a pillar of the Global Fund's operations.

- 38 The general idea of this principle ("performance-based funding" - PBF) is to condition the level of funding granted to countries on the achievement of predetermined results set at the time of project writing, within what the Global Fund calls "performance frameworks". Several elements are then considered each quarter or semester to assess the effectiveness of the grant: the achievement of the quantified objectives defined by indicators, the percentage of planned activities carried out and the capacity to absorb and disburse the funding received. The payment of each funding tranche is subject to the analysis of the performance report of each grant. This funding may be reduced for the next financial tranche if the results are not as significant as expected. It is therefore not a performance incentive system but rather a system designed to sanction performance that is deemed unsatisfactory in relation to the objectives set. It is a translation from an obligation of means to an obligation of results.
- 39 This type of "data-driven monitoring" is obviously based on quantitative, standardised indicators that do not reflect the complexity of the contexts and are based on data whose reliability is not always guaranteed (Paul E, 2018). In addition to health-related indicators, this type of system primarily assesses the ability of beneficiaries to comply with budgetary rules and procedures. It contributes to the "managerialization" of the fight against the three pandemics, which must be quantified and calculable and can be analysed as a set of binding measures⁵² since it is a sine qua non condition for obtaining successive tranches of funding. The implementation of a performance evaluation system and the system of contractualization with stakeholders on precise quantified objectives are symptomatic of the advent of New Public Management in the field of international health aid. The Global Fund's risk management system, developed with the technical support of the insurer Munich Re, is also based on managerial logic.
- 40 The application of these techniques from the world of health management will have an **impact on public policies to fight the three diseases** in the countries of intervention (Tchiombiano, Eboko, Nay, 2018). This approach has repercussions on the positioning and distribution of the actors involved in the fight against the three pandemics in the countries of intervention. The effects of the introduction of Global Fund standards on the conduct of programmes to fight AIDS, tuberculosis and malaria are significant. The example of a country like Niger in West Africa is an appropriate illustration of this phenomenon. Since Niger is mainly dependent on Global Fund funding to fight AIDS, tuberculosis and malaria, the integration of Global Fund methods has largely contributed to "managing" its public action and strengthening what Beatrice Hibou calls a bureaucratization phenomenon, linked to the systematic use of new rules, procedures and formalities (Hibou, 2013).

Management practices reconfigure power relations

- 41 The Global Fund's contractualization logic leads to a reconfiguration of power relations. This principle of empowering, in each country and for each of the three diseases, an "umbrella" organization (called the main beneficiary) responsible for managing and redistributing funding to other actors (called sub-beneficiaries), requires particularly important management capacities for the person who will play this role. A good "lead beneficiary" will be above all a good financing manager and an organisation

that respects the rules of the game, with a good "disbursement" rate. A redistribution of roles will therefore often take place, to the benefit of international NGOs with a significant financial base, such as Population Services International-PSI, Save the Children or Plan International. The same is true for some United Nations agencies. For example, since the creation of the Global Fund and until 2019, UNDP (United Nations Population Programme) has managed 197 Global Fund grants, with an average budget of US\$38 million⁵³), at the expense of public actors, whose national programmes to fight AIDS, tuberculosis or malaria do not always have sufficient management capacity. A new redistribution logic is being organized ipso facto. The various actors are no longer directly linked to the Global Fund but under the responsibility of a managing organization (the lead beneficiary) that acts as an intermediary with the Global Fund. All actors will therefore "report" to these primary beneficiaries who are responsible for synthesizing all the data for transmission to the Global Fund, rather than to health authorities, undoubtedly weakening the leadership capacity of national authorities, and blurring the border between the public and private sectors.

- 42 The constant search for the most "cost-effective" option of the most profitable investment, combined with the need to comply with international recommendations, leads to a standardisation of national strategies and a form of depoliticization of the fight against the three diseases. The decision to target certain populations rather than others (e.g. pregnant women, young people, men who have sex with men, truck drivers or drug users) is no longer considered a political decision. If it is to be financed by the Global Fund, it must be fully consistent with the international recommendations of UN agencies, perfectly rational and based on a demonstration of cost-effectiveness.
- 43 Another effect of this system is that it leads to a large amount of codification of information, a permanent quantification of interventions and, by the same token, a real "obsession with the indicator". Specific collection systems are often set up in⁵⁴ parallel with national health information systems, based on the filling of media specifically created to meet the Global Fund's monitoring and evaluation requirements, without any connection with the "traditional" monitoring of data from health centres and national health information systems. In several countries such as Niger, contractual data entry operators have been recruited to record, manage and analyse this data (largely from the public health system) and a wide range of data production modalities (forms, registers, software development, surveys, monitoring missions, etc.) have been created, partly in response to this primacy of documentation and quantitative monitoring.
- 44 Finally, this need to produce codified data, linked to standardized indicators, can only encourage stakeholders to prioritize activities that will enable them to achieve good quantitative results - number of beneficiaries reached, number of screening tests carried out, number of nets distributed, etc. - rather than activities that are more structuring (Kerouedan, 2015), or that target populations that are more difficult to reach and interventions whose results are generally less easily documented or not visible in the short term or more complex to achieve.

Conclusion

- 45 The Global Fund embodies these new hybrid institutions, giving private actors an increasing role in global health governance. It is significant for a general evolution of

international health aid and international aid in general, integrating market methods, representations and practices or based on a management logic.

- 46 Our article successively shows: the presence and strengthening of the role of private actors at all stages of the Global Fund's financing mechanism (from governance to monitoring activities); the use of principles and methods from the private sector such as contractualization, financialization, results-based financing, effectiveness evaluation; and, finally, the impact of these new standards on the practices of actors in resource-limited countries, such as Niger. These developments reflect the emergence of a new culture of performance and efficiency in a health sector that was not necessarily familiar with these organizational standards.
- 47 The key variables that emerge from this situation are illustrated by the multiplicity of roles played by private sector actors within the Global Fund, the diversity of their modalities of involvement and the evolution of the way they are viewed. The term "stakeholder" that has long characterized them has gradually been replaced by that of "partner", a polysemous expression conferring co-responsibility and co-development in the conduct of Global Fund policy⁵⁵. The very low financial contribution of companies, compared to that of States, does not seem to call into question their participation in the governance of the organization and their legitimacy within the public-private partnership seems ultimately based above all on their "know-how", their "efficiency" and their "technical skills" rather than on their financial investment. However, this technical "added value" of private sector actors remains to be demonstrated in the field of global health and it will be important to monitor the evolution of the sector in the coming years.

Bibliographical references

- 48 Bailey F., Dolan A., 2011, « The Meaning of Partnership in Development: Lessons in Development Education », *Policy and Practice: A Development Education Review*, vol. 13, p. 30-48.
- 49 Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ.* 2000 ; 78(4):549-61.
- 50 Chiapello È. La financiarisation des politiques publiques. *Mondes en développement.* 2017 ; n° 178 (2) : 23.
- 51 Gabas J-J, Ribier V, Vernières M. Présentation. Financement ou financiarisation du développement ? Une question en débat. *Mondes en développement.* 2017 ; n° 178 (2) : 7.
- 52 Guilbaud A. Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération. *Mondes en développement.* 2015 ; n° 170 (2) : 91.
- 53 Hibou B. Economie politique du discours de la Banque mondiale en Afrique subsaharienne : Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire. *Etudes du CERI*, 1998, pp.1-4
- 54 Hibou B, *La bureaucratisation néolibérale.* Paris : Éditions La Découverte ; 2013. 324 p.

- 55 Kerouedan D, Chapitre 4. « Les bonnes pratiques de la Global Health. Améliorer la santé ou bien gérer l'argent ? » in Klein A, Laporte C, Saiget M. Les bonnes pratiques des organisations internationales. 2015, p.97-112.
- 56 Kindornay, S. (2011), From Aid to Development Effectiveness: A Working Paper, Ottawa, The North-South Institute.
- 57 Marten R, Hawkins B. Stop the toasts: the Global Fund's disturbing new partnership. *The Lancet*. févr 2018;391(10122):735-6.
- 58 Nay O. La région, une institution : la représentation, le pouvoir et la règle dans l'espace régional. Paris : Harmattan ; 1997. 377 p. (Collection Logiques politiques).
- 59 Nay O, « les politiques de développement » in Borraz (Olivier), Guiraudon (Virginie), dir., Les politiques publiques 2 : Changer la société, Paris : Presses de Sciences po, 2010, p. 139-170.
- 60 Nay O. Gouverner par le marché : Gouvernements et acteurs privés dans les politiques internationales de développement. *Gouvernement et action publique*. 2017 ; 4(4) : 127. P.128
- 61 Paul E, Albert L, Bisala BN, Bodson O, Bonnet E, Bossyns P, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Glob Health*. janv 2018;3(1) : e000664.
- 62 Saldinger A, "Peter Sands calls on countries to reform taxes to free up funding for health", *Deve*, 06 février 2018.
- 63 Tchiombiano S, Eboko F, Nay O. Le pouvoir des procédures : les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratisation : l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et du centre. In Grégoire E, Kobiané J-F, Lange M-F, éditeurs. *L'Etat réhabilité en Afrique: réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*. Paris: Karthala; 2018. 355 p. (Hommes et sociétés), p.105-124.

NOTES

1. This article is fully in line with Auriane Guilbaud's work, by deepening the Global Fund's analysis.
2. Nous reprenons ici la définition d'Auriane Guilbaud, qui identifie 17 Partenariats Public/ Privé Sanitaires Internationaux (PPSI) : Accélération Access Initiative (AAI), International Trachome Initiative (ITI), Drug neglected Diseases Initiative (DNDI), Stop TB partnership (Stop TB), International Aids vaccine Initiative (IAVI), Malaria Vaccine Initiative (MVI), Roll Back Malaria (RBM), Global Alliance to eliminate Leprosy (GAEL), Global Alliance to eliminate Lymphatic Filariasis (GAELF), Médecine for Malaria Venture (MMV), African Comprehensive HIV / Aids Partnership (ACHAI), Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance), Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), Meetizan donations programm (MDP), AERAS Global TB Vaccine Foundation (AERAS), Children without worms (CWW), Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND).

3. Since its creation in 2002 and until 2018, the Global Fund has mobilized US\$41.6 billion to fight the three diseases. Global Fund Sources, 2019 Report. https://www.theglobalfund.org/media/8754/corporate_2019resultsreport_report_fr.pdf?u=637045670120000000 (accessed September 26, 2019).
4. It should be recalled that HIV-AIDS was the first disease to be the subject of a United Nations Special General Assembly in 2001.
5. "The only way to end the epidemics of HIV, tuberculosis and malaria is to work together: public authorities, civil society, affected communities, technical partners, the private sector, faith-based organizations and other donors. All actors involved in the disease response must be involved in decision-making processes. Global Fund website[<http://www.theglobalfund.org/fr/overview/>] accessed 11 June 2019.
6. The Bill and Melinda Gates Foundation, created in 2008 by the American billionaire, is heavily involved in global health issues, particularly within the Global Fund. It represents 75% of private sector funding and Bill Gates himself is heavily involved in advocacy for the Global Fund. It should be recalled that it is also the second largest donor to WHO after the United States and well ahead of Great Britain.
7. Global Fund website: <https://www.theglobalfund.org/fr/updates/other-updates/2019-09-02-focus-on-private-sector-partnerships/>, accessed June 10, 2019.
8. The role of these CCMs is to (1) coordinate the preparation and submission of funding applications; (2) designate the principal recipient(s) to manage the grants and monitor their results; (3) ensure strategic monitoring of the implementation of approved programmes, (4) approve any requests for revision; and (5) ensure that there is correspondence and coherence between programmes funded by the Global Fund and other national programmes for health and development.
9. The Global Fund's guidelines state: "*Given the breadth of expertise and resources that the private sector can provide, CCMs can benefit significantly from the inclusion of companies and organizations representing the major components of the private sector, including the following types of organizations: large for-profit companies with a proven track record in the fight against the three diseases, organizations representing small and medium-sized enterprises and the informal sector, business associations involved in the fight against HIV, tuberculosis and malaria, representatives of exposed industries, private practitioners and for-profit clinics, philanthropic foundations created by large companies.* In policy on Country Coordinating Mechanisms, approved by the Board of Directors GF/B39/DP09, May 10, 2018, accessed September 11, 2019: https://www.theglobalfund.org/media/7479/ccm_countrycoordinatingmechanism_policy_fr.pdf
10. The Norwegian Government had raised the possibility of withdrawing its contribution if this agreement with Heineken was not cancelled.
11. Site du Fonds mondial, consulté le 9 septembre 2019 : <https://www.theglobalfund.org/en/blog/2018-02-02-making-the-world-safe-from-the-threats-of-emerging-infectious-diseases/>
12. Source Global Fund. It should be noted that these are private and non-governmental actors (including research institutes, chambers of commerce, philanthropic foundations, etc.).
13. For example, the contribution of private sector actors was US\$359 million for the three-year cycle 2011-2013, US\$627.9 million for the 2014-2016 cycle and US\$850 million for the 2017-2019 cycle. Sources Global Fund.
14. For the period 2017-2019, private sector actors have committed \$850 million to the Global Fund.
15. The official launch ceremony was preceded by a private sector engagement sequence, co-organized with the organization (RED) founded by Bono and in partnership with the French

Investors Council for Africa and Salesforce France, to encourage French and international business leaders to invest in global health.

16. The Gates Foundation's overall contribution since the inception of the Global Fund is just over US\$2 billion at the end of 2019. 2019 Global Fund data, restated.

17. Since its launch in spring 2006 and until 2019, (RED) has generated approximately \$420 million for the Global Fund (source: Global Fund).

18. The HER initiative was launched at the annual meeting of the World Economic Forum in Davos, Switzerland, in January 2018, under the leadership of activist Malala Yousafzai and Bill Gates.

<https://www.theglobalfund.org/fr/news/2018-01-24-global-fund-and-partners-launch-her/>, accessed June 6, 2019.

19. Tribune "Le défi sanitaire mondial est aussi l'affaire des entreprises", Les échos, 16 May 2019.

20. We can also quote the former Director of External Affairs of the Global Fund, Christopher Benn: "Innovation will be at the heart of the success of our approach to malaria. But it is not just a question of identifying the next breakthrough that will make the headlines. Rather, we must seek to inject new energy into the malaria control effort by considering alternative funding mechanisms. Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in Devex, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, accessed 11 June 2019.

21. This system, implemented in 2010, aimed to make antimalarial treatment affordable.

22. Since the inception of the scheme in 2007, three countries have agreed to cancel their debt on condition that the indebted countries undertake to reinvest it in health: Germany (with Indonesia, Côte d'Ivoire, Egypt and Pakistan), Australia (with Indonesia) and Spain (with Cameroon, the Democratic Republic of the Congo and Ethiopia)

23. Establishment of a regional health fund by the Asian Development Bank in partnership with the Global Fund and Asia Pacific Leaders, offering a combination of loan and grant mechanisms.

24. A pilot project is underway, in partnership with the Union to fight tuberculosis in India, by mobilizing additional financing from financial actors (investors seeking to have an impact, high net worth individuals, sovereign wealth funds and pension funds, banks, asset management companies, or development financial institutions). Social impact bond projects are also being launched in South Africa and Fiji according to an article in Aidspace magazine: "The Global Fund opens consultations on innovative finance mechanisms", Global Fund Observer, 7 August 2018.

25. We can also think here of the "pandemic Bonds" set up at the time of the Ebola infection epidemic, mentioned by Guillaume Lachenal without his article "Tombola Ebola", Libération, 6 June 2018: https://www.liberation.fr/debats/2018/06/06/tombola-ebola_1657098

26. The selection of PRs is made by the CCMs, which must then have this decision validated by the Global Fund. The general principle is to designate principal beneficiaries from among the "national actors". However, in practice, grant management is often entrusted to United Nations agencies, international NGOs and, more marginally, private sector companies.

27. Aidspace sources, restated data. <http://www.aidspace.org/page/grant-performance-analysis>

28. Industrial and Building Electricity Company.

29. One example is the Boston Consulting Group, which supported the Global Fund to develop its new funding model in 2014.

30. The 5% Initiative, set up by France Expertise International (FEI / now Expertise France), a structure attached to the Ministry of Foreign Affairs and International Development, aims to respond to requests from French-speaking countries for high-level technical expertise to help them design, implement, monitor and evaluate and measure the impact of grants allocated by the Global Fund. In concrete terms, 5% of France's contribution to the Global Fund, or €18 million per year, is managed by this initiative.

31. Created in 2007, the US technical assistance project "Grant Management Solution" linked to USAID closed its doors in December 2017.
32. Coca Cola project, implemented in 2010, in partnership with the Global Fund, the Bill and Melinda Gates Foundation and USAID (since 2014).
33. Platform set up in 2019 coordinated by the Global Business Coalition on Health (GBC Health).
34. Global Fund website: <https://www.theglobalfund.org/en/private-ngo-partners/delivery-innovation/ecobank/> accessed June 12, 2019
35. https://www.theglobalfund.org/media/8708/publication_privatesectorempowerproject_focuson_en.pdf
36. https://www.theglobalfund.org/media/8382/core_privatesectorengagement_framework_en.pdf consulted on June 5, 2019.
37. The Swiss Tropical and Public Health Institute (or Swiss TPH), formerly known as the Swiss Tropical Institute, is a research centre based in Basel. For example, it was following 14 countries at the end of 2017.
38. The Big Four are the four largest financial audit groups in the world: Deloitte Touche Tohmatsu, EY (Ernst & Young), KPMG and PwC (PricewaterhouseCoopers).
39. At the end of 2017, for example, KPMG was present in 11 countries and PwC in 82 of the 143 countries followed by LFAs. Source Global Fund: "List of Global Fund Local Fund Local Fund Agent", updated to 15 December 2017.
40. Private for-profit sector actors are not the only ones: other new actors have gradually emerged as "partners": NGOs, activist associations, think tanks, universities, etc. This involvement of the private sector in the fight against the three pandemics perfectly illustrates the growing role played by those whom Olivier Nay calls market actors (economic and financial actors, transnational firms, private banks, investment funds, private foundations, etc.) in development aid (Nay, 2010).
41. The number of lives saved in a given country in a given year is estimated using modelling techniques, subtracting the actual number of deaths from the number of deaths that would have occurred in a scenario where Global Fund-supported interventions would not have occurred *été*, basing the analysis on official estimates of the morbidity burden of each disease according to WHO, UNAIDS, Stop TB Partnership or Roll Back Malaria Partnership. On this subject, we can refer in particular to the article by Fred Eboko, following the appointment of Peter Sands in December 2017. F. Eboko, "Human lives are not only statistical units", *Jeune Afrique*, n° 2969, from 3 to 9 December 2017, p. 50.
42. Report of the High Level Commission on Healthy Employment and Economic Growth, June 2016, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3>, page 9
43. Document prepared in advance of the conferences that the Global Fund organizes every three years to mobilize funding from different donors.
44. "Each dollar invested generating 19 US dollars in health advances and economic spinoffs", *Accelerating the movement, investment case*, p6. https://www.theglobalfund.org/media/8280/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_report_fr.pdf, accessed September 26, 2019. When advocating for new resources for the Global Fund, Christopher Benn regularly and explicitly used the term "return on investment". Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in *Devex*, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, accessed 11 June 2019.
45. It should be noted that this logic had already been in place for a long time since the name of the 2012-2016 strategy was entitled "Investing for Impact".

46. For example, the Global Fund website states, "The impact of health investments is measured in many ways, including the number of lives saved or the rate of decline of HIV, tuberculosis and malaria. More generally, the real impact of investments in health is illustrated by the vitality and economic strength of communities and countries in which the burden of disease is declining.

47. Christopher Benn, Director of External Relations of the Global Fund until 2018, said in an article: "The last 25 years have shown that the growth of gross domestic product per capita in countries not affected by malaria has been five times higher than in countries with a high malaria burden. Benn C, "We won't beat malaria unless we rethink our financing mechanisms", in Devex, September 13, 2018. <https://www.devex.com/news/opinion-we-won-t-beat-malaria-unless-we-rethink-our-financing-mechanisms-93416>, accessed 11 June 2019.

48. The Global Fund has established a three-year allocation system. It sets an overall available budget per country and per disease: "The amount allocated to each country is mainly based on its disease burden and economic capacity". The calculation is then refined to reflect important contextual factors, including the assessment of funding disbursement capacity, assessed through the results obtained on previous grants.

49. One of the particularities of the Global Fund is the creation of an Inspector General, independent of the Secretariat and reporting to the Board, to conduct investigations and audits of Global Fund grants.

50. Advisory Report of the Office of the Inspector General of the Global Fund: "Grant Implementation in West and Central Africa (WCA)", May 2019. Available on the Global Fund website, https://www.theglobalfund.org/media/8496/oig_gf-oig-19-013_report_fr.pdf?u=637001821120000000, accessed 19 May 2019.

51. The main principles of the "new public management" (New Public Management) are the delegation of responsibilities to decentralized and more autonomous units, the contractualization on precise quantified objectives and the implementation of performance evaluation systems.

52. These constraints will be exercised in different forms, as Olivier Nay explains: know-how, rites, models of action, forms of organization, codes, social conventions, routines, techniques, procedures (Nay, 1997), which will not necessarily be coercive or authoritarian (it will rather be normative or mimetic pressure) (Nay O. 1997)

53. Restated data. Source Global Fund Data Explorer, <https://data.theglobalfund.org/home>, accessed September 25, 2019.

54. This has been the case in Niger, for example, and in many countries in West and Central Africa.

55. On the emergence of the concept of "partnership" in the field of development policies, see in particular the article (Bailey, Dolan, 2011)

ABSTRACTS

Executive Summary:

The Global Fund, a financial instrument created to mobilize, manage and distribute funds dedicated to the fight against AIDS, tuberculosis and malaria, is a perfect illustration of the recent reconfiguration of the international health system and the emergence, since the end of the twentieth century, of international "public/private partnerships". What place do private

sector actors really occupy within the organization, and to what extent does this participation change, or not, the way the Global Fund operates?

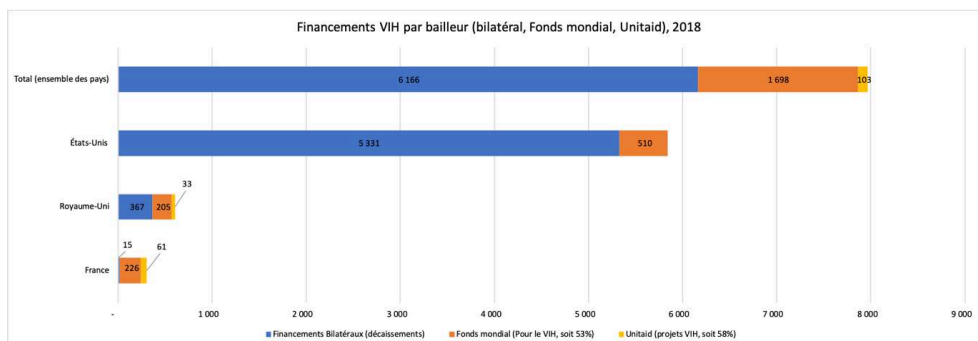
This article first describes and analyses the role played by private actors within the Global Fund, from defining institutional strategies to monitoring the successful implementation of grants. The second part of the text deals with the process of the Global Fund's appropriation of private sector logics and methods in the implementation of its own tools and working methods.

La Côte d'ivoire, un cas d'école des rapports de force PEPFAR – Fonds mondial (fr)

Anne BEKELYNCK

Introduction

- 1 Au début des années 2000, deux initiatives – une multilatérale et une bilatérale - ont vu le jour successivement pour contrer l'urgence de l'épidémie : le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme créé en 2002 et le Plan Présidentiel d'Urgence contre le SIDA (Pepfar) ¹ une année plus tard, en 2003. Aujourd'hui, ces deux initiatives contribuent à hauteur de 88 % des financements internationaux alloués à la lutte contre le VIH/sida, avec un apport de 67 % du Pepfar et de 21 % du Fonds mondial (KATES *et al.*, 2019). Grâce à la contribution de ces deux bailleurs de fonds, 23,3 millions de personnes infectées par le VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral (ARV) dans le monde, sur les 37,9 millions personnes infectées par le VIH ². Les États-Unis sont également le premier contributeur du Fonds mondial (30 %) – loin devant la France (13 %) et du Royaume Uni (12 %) – les financements américains représentant, en cumulé, près des trois quarts (73 %) des financements de l'aide internationale pour le VIH (KATES *et al.*, 2019).



Source : graphique produit par l'auteure à partir des données de (Kates et al., 2019)

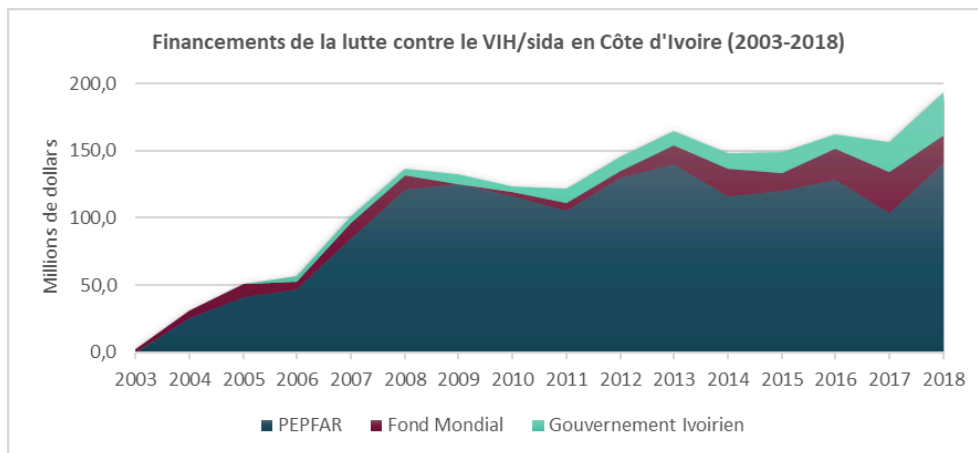
- 2 Lorsque le Fonds mondial a été créé, ses promoteurs ont eu pour ambition de développer une organisation qui soit différente des organisations de coopération bilatérale classiques, critiquées pour leur caractère top-down et contournant les pouvoirs publics locaux³. Lorsque le PEPFAR est conçu une année plus tard, la priorité consistait à répondre efficacement à l'urgence de l'épidémie, par le déploiement d'un dispositif vertical. Le FM se définit comme un instrument financier (et non comme un opérateur), sans implantation dans les pays où il intervient – à la différence du PEPFAR, dont les bureaux sont situés dans les ambassades américaines. Le FM souhaite que les subventions soient élaborées et suivies par les instances de coordination nationale (*Country Coordinating Mechanism, CCM*), suivant les principes de partenariat et d'appropriation, tandis que le PEPFAR élabore ses projets au sein desquels les acteurs locaux ont un rôle consultatif. Les subventions du FM ont une durée plus longue que celles du PEPFAR, bien que celle-ci ait été réduite, avec le passage aux « notes conceptuelles », d'une durée de 3 ans (au lieu des « Rounds » de 5 ans) pour davantage de flexibilité ; tandis que le PEPFAR élabore ses *Programmes opérationnels nationaux* (COP – *Country Operational Programme*) sur une base annuelle depuis sa création. Au niveau des pays bénéficiaires, le PEPFAR s'est concentré au départ sur les 15 pays les plus touchés par l'épidémie (avec un élargissement à 32 pays aujourd'hui), tandis que le Fonds mondial a financé plus largement, 134 pays ayant déjà bénéficié de financements pour le VIH, avec un resserrement actuel (76 pays financés actuellement⁴). Le Fonds mondial finance donc des pays aux épidémies relativement faibles et concentrées sur des populations, bien qu'il ait engagé la « transition » depuis 2012, pour se retirer des pays considérés comme ayant les capacités de subvenir à leurs épidémies (suivant des critères de revenus, de prévalence etc.) et élaboré une classification en termes d'impact et de contextes.

Tableau Comparaison Fonds mondial / PEPFAR

	Fonds mondial	PEPFAR
Année de création	2002	2003
Pilotage	Par le pays via les CCM (<i>country-driven</i>) Multilatéralisme	Par le bailleur (<i>donor-driven</i>) Bilatéralisme
Type d'actions	Financement uniquement (le FM se définit comme un instrument financier, sans représentation dans les pays bénéficiaires)	Financement et mise en œuvre (avec des bureaux dans les pays bénéficiaires)
Pays bénéficiaires	Large (134 pays ont déjà bénéficié de financements FM et 76 actuellement)	Focus sur les pays les plus touchés (15 au départ, 32 aujourd'hui)
Durée des subventions	3 ans (et 5 ans initialement)	1 an

- 3 Généralement, le Fonds mondial et le Pefpar sont présentés comme des initiatives interdépendantes, complémentaires et performantes, chacune armée de forces et de faiblesses qu'il s'agirait d'exploiter au mieux (SUMMERS, 2017). Le Pefpar permettrait de contrer plus efficacement l'épidémie dans les pays où le fardeau du VIH est le plus lourd, grâce à leur immense capacité technique et leur large réseau (organismes gouvernementaux américains et partenaires de mise en œuvre) ; tandis que le Fonds mondial permettrait de financer les intrants et traitements, d'élaborer des stratégies davantage adaptées aux besoins des pays et d'intervenir dans des pays moins touchés par l'épidémie (OOMMAN, BERNSTEIN, and ROSENZWEIG, 2007; BILIMORIA, 2012). Par exemple, la présence du Pefpar en Tanzanie aurait permis au Fonds mondial d'utiliser plus efficacement ses financements, grâce à l'appui technique du bailleur bilatéral sur place : données épidémiologiques précises, vision claire des blocages et des besoins du pays, assistance dans le renforcement de capacités des prestataires de santé et dans la gestion de l'ensemble du circuit d'approvisionnement des médicaments (BILIMORIA, 2012).
- 4 Pour atteindre cette complémentarité et éviter les doublons, les deux bailleurs se coordonnent sur différents aspects (gouvernance, élaboration et mise en œuvre des programmes, assistance technique), aux niveaux internationaux, nationaux et locaux. En tant que premier contributeur du FM (30 %), le Pefpar détient une position centrale dans les organes décisionnels à Genève (siège permanent au conseil d'administration du Fonds mondial, postes de Direction des responsables du gouvernement américain, participation du Pefpar au TPR). Ainsi, le Pefpar organise des réunions annuelles de coordination avec le FM sur des sujets tels que les achats et la chaîne logistique. Aux niveaux nationaux, les deux bailleurs participent mutuellement à l'élaboration des stratégies, soit en tant que membre des CCM pour le Pefpar ; soit en étant consulté dans l'élaboration des COP pour le FM. Le PEPFAR est le plus important donateur d'assistance technique pour soutenir les activités du Fonds mondial, via des activités telles que l'appui à l'élaboration de plans stratégiques nationaux et de propositions de subventions, le renforcement de capacités (gouvernements, CCM), l'appui aux pays pour mobiliser des ressources nationales accrues pour le VIH/sida et le renforcement des chaînes d'approvisionnement nationales pour fournir les intrants et médicaments (SUMMERS, 2017).
- 5 Si la complémentarité des deux bailleurs est généralement affichée, tous deux étant portés vers un objectif commun, la coordination de la coopération internationale se heurte constamment à d'importants obstacles, en termes de doublons, de points aveugles et de concurrence (Severino and Ray, 2012). Dans ce cas précis, la question de la pleine collaboration est particulièrement intéressante, dans la mesure où le Pefpar détient une position dominante, en tant que principal bailleur de fonds de la lutte contre le VIH/sida d'une part, et comme principal contributeur du FM d'autre part. Comment ces relations se concrétisent-elles sur le terrain ? Nous allons analyser ici les jeux de collaboration, de concurrence, et d'instrumentalisation des deux principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le VIH/sida, à partir de l'analyse d'une étude de cas, la Côte d'Ivoire.
- 6 La Côte d'Ivoire présente diverses caractéristiques à forte valeur heuristique. Tout d'abord, elle est le seul pays francophone à avoir bénéficié du soutien du Pefpar dès sa création. Au début des années 2000, la Côte d'Ivoire était l'épicentre de l'épidémie dans la sous-région ouest africaine, avec une épidémie estimée à 7 % (à l'époque, on

l'estimait à 12 %). La part des financements VIH des deux bailleurs reflète relativement bien celle observée au niveau mondial, avec 72 % de la lutte financée par le PEPFAR et 17% par le FM pour la période 2015-2017 ⁵. Depuis lors, l'investissement des bailleurs et l'engagement politique, couplées aux décès des personnes infectées et aux réajustements statistiques successifs ont considérablement réduits l'épidémie, estimée aujourd'hui à 2,6 %. La Côte d'Ivoire présente une situation ambivalente : moins attractive pour le PEPFAR, avec des actions considérées à plus faible impact que dans les pays d'Afrique australe et orientale aux épidémies plus élevées ; elle a été définie comme l'un des deux « pays à haut impact » d'Afrique francophone de la part du Fonds mondial en 2012, aux côtés de la République démocratique du Congo. Si la part des financements du FM est relativement faible comparativement au PEPFAR dans ce pays, la Côte d'Ivoire reste le deuxième pays d'Afrique de l'ouest et centrale francophone le plus financé par le FM, derrière le Cameroun. Ce pays est également marqué par une présence encore forte du deuxième contributeur du FM, la France, qui détient des intérêts économiques et une influence culturelle encore marqués. La présence continue du PEPFAR sur le sol ivoirien tient aussi de la proximité institutionnelle et nationale avec le *Center for Disease Control* (CDC) dont l'antenne ivoirienne a été créée en 1987, pour initier un projet portant sur les rétrovirus : CDC Retro – CI ⁶. Le CDC de Côte d'Ivoire comme le PEPFAR sont placés sous la houlette de l'Ambassade des États-Unis ⁷.



Source : site internet PEPFAR ; site internet Fonds Mondial ; REDES 2010/2011 ; COP 2017 de Côte d'Ivoire ; National Health Accounts, funding request submitted to the Global Fund ; External – country reported, OECD DAC CRS.

- 7 Cette recherche s'appuie sur une enquête approfondie du CCM de Côte d'Ivoire effectuée entre 2015 et 2017, suivant une méthodologie qualitative. Nous avons mené des observations de 16 réunions du CCM (Comité VIH/sida ⁸, Assemblées Générales, Réunions extraordinaires), ainsi que d'une réunion du *Working group* du « CCM Hub » au siège du FM à Genève (16-17 mars 2016) et de l'atelier sous-régional de consultation des CCM, organisé par le FM et Initiative 5 % (Expertise France) qui a réuni 21 pays d'Afrique francophone (12 au 15 septembre 2017). Des entretiens semi-directifs ont également été effectués auprès des membres du Bureau exécutif du CCM, de la société civile, de la coopération internationale (française, américaine, Unicef) et du secteur public.
- 8 Nous étudierons particulièrement la participation et le rôle du PEPFAR au sein du CCM de Côte d'Ivoire (1^{ère} partie), pour ensuite analyser comment son influence stratégique

en dehors de cette arène le gouverne directement (2^{ème} partie), pour finir sur son usage du *soft power* (3^{ème} partie).

Au sein du CCM : domination des de la coopération internationale et relative mise en minorité du Pefpar

Composition formelle du CCM-CI : le respect à la lettre des recommandations du FM

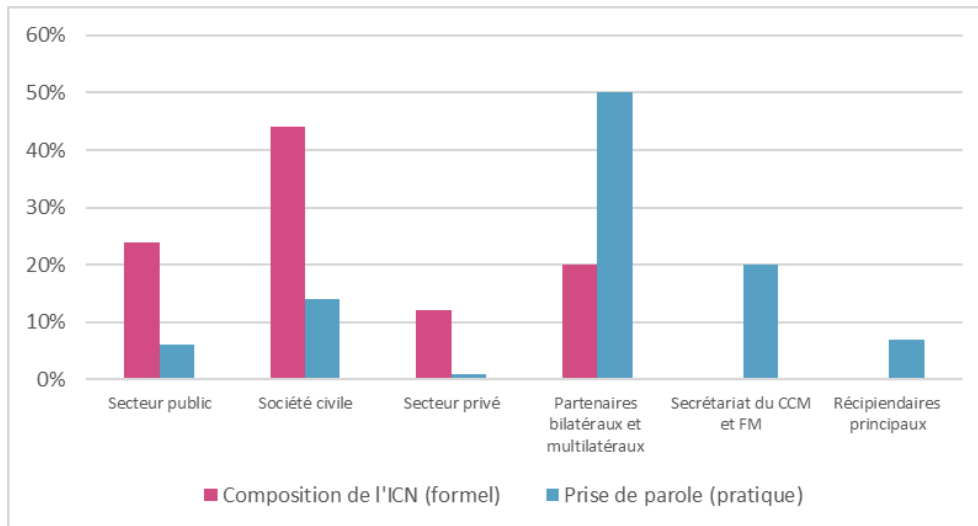
- 9 Dans la composition de ses membres, le CCM de Côte d'Ivoire respecte les lignes directrices du Fonds mondial, qui préconisent une représentation de l'ensemble des parties prenantes de la lutte contre les trois pandémies (secteur public, société civile, secteur privé et partenaires bilatéraux et multilatéraux dans les pays), avec un minimum requis de 40% de représentants de la société civile. Sur le papier, le pouvoir numérique revient aux organisations de la société civile (42 %), suivi du secteur public (24 %), et des partenaires bilatéraux et multilatéraux (20 %). Au niveau des postes clés, au sein du Bureau exécutif, la Présidence revient au secteur gouvernemental (Présidence de la République), tandis que les trois Vice-présidents aux secteurs privé (Chambre de Commerce et d'industrie de Côte d'Ivoire), de la société civile (l'Union syndicale des travailleurs, l'UGTCI) et des partenaires techniques et financiers (le Pefpar), avec un représentant des personnes atteintes ou touchées par l'une des trois pathologies (RIP+) ⁹. Ce choix du Pefpar est perçu, pour certains membres du CCM, comme une imposition plus qu'une élection : « *La vraie question, c'est pourquoi chez les PTF, on nous a imposé les américains comme étant les VP. Parce qu'en fait, on nous a fait comprendre de manière éclairée qu'on allait choisir telle personne (...) Il n'y a pas eu d'autres candidatures (...) Le Pefpar a toujours été dans la Vice-présidence du CCM* » (observateur CCM). Au sein du Comité sida, la représentante du Pefpar en est la Présidente et, afin d'équilibrer la contribution des deux coopérations internationales les plus dynamiques, la représentante de la France a été proposée et nommée Vice-Présidente du Comité, sous couvert d'une élection à main levée sans candidature opposée au sein d'une réunion. Cette présence des bailleurs à la présidence des Comités est, bien qu'honorifique et pragmatique, révélatrice des rapports de pouvoirs au sein du CCM.

De la théorie à la pratique : l'inversion des rôles

- 10 Afin d'analyser, dans la pratique, la « participation active » des membres du CCM-CI, nous avons effectué une prise de notes systématique de 16 réunions du CCM (11 Comités VIH, 2 Assemblées générales (AG), 3 dialogues pays/note conceptuelle). Les prises de paroles ont été quantifiées de manière systématique pour chaque secteur représenté. Ce mode de calcul n'est pas totalement représentatif, dans la mesure où il ne permet pas de prendre en compte ni la durée des interventions, ni leur qualité. Par ailleurs, cette technique se fonde sur des prises de note manuelles, avec nécessairement des omissions. Cependant, l'objectif consistait à rendre compte d'une tendance générale, cette estimation permettant de savoir la proportion des acteurs qui interviennent, animent et nourrissent les échanges. Cette analyse a montré que la tendance était inversée, avec des échanges dominés par les représentants de la coopération internationale (Pefpar, Coopération française, Onusida, OMS, UNICEF, PAC-CI ¹⁰ et observateurs indépendants), avec une prise de parole évaluée à 50 %, alors que les représentants de la société civile participent à 14 % des échanges, ceux-ci étant

essentiellement du fait de ses deux membres exerçant des fonctions de Vice-président dans le Bureau Exécutif et de 6 % du secteur public national. Tableau prise de parole VS représentation CCM (Figure 1).

Figure Participation formelle et participation effective au sein du CCM de Côte d'Ivoire



- 11 L'organisation spatiale de la salle de réunion du CCM accentue ce contraste. Schématiquement, un premier cercle de tables et de chaises est davantage investi par les partenaires internationaux qui animent les débats ; un second cercle est occupé par les représentants de la société civile, du secteur public national et du secteur privé qui jouent davantage un rôle de spectateurs.
- 12 Cette faible participation de la société civile et du secteur public au sein des CCM s'explique essentiellement par l'inadéquation entre les caractéristiques propres des membres (ressources humaines, techniques, financières) et le dispositif créé par le Fonds mondial. Si le principe de la « multisectorialité » est séduisant sur le papier – la lutte contre ces épidémies nécessitant l'implication de toute la société – il se concrétise dans la pratique par des inégalités de ses membres en matière d'intérêts, de connaissances et de compétences. Les représentants des universités, des syndicats de travailleurs, des organisations religieuses ou bien des ministères autres que celui de la santé (économie et finances, éducation nationale, famille) font de la figuration. Les membres de la société civile directement engagés dans le VIH/sida, sont généralement des ONG bénéficiant de financements du PEPFAR et/ou du Fonds mondial, limités par ces rapports de pouvoir et n'osant pas s'opposer à leurs bailleurs de fonds. Ils interviennent en général pour présenter un projet précis mais ne participent pas ou peu aux débats. Aussi, la mobilisation associative ivoirienne a également toujours favorisé la collaboration pour des changements en douceur à la confrontation avec les pouvoirs publics nationaux et les bailleurs – à l'image du milieu associatif contre le VIH/sida en Afrique francophone (BROQUA, 2018). Si les partenaires bilatéraux et multilatéraux dominent les échanges (50 %), suivis de représentants du CCM et du FM (20 %), c'est aussi en grande partie parce qu'ils maîtrisent la complexité des procédures et du fonctionnement du Fonds mondial en évolution constante. Le FM fait partie de ces Initiatives mondiales de santé (GHI – *Global Health Initiatives*) qui possèdent leurs propres architectures institutionnelles, mécanismes de financement et systèmes de gestion, sujets à des changements itératifs qui demandent une formation continue pour

les acteurs gravitant en son sein. D'autant plus que le FM a été créé très rapidement (en 6 mois) et conceptualisé comme une « organisation apprenante » (*learning organization*) pour davantage de flexibilité et de transparence (BARTSCH, 2005), ce qui fait peser une difficulté supplémentaire pour les acteurs dont ce n'est pas la fonction première, c'est-à-dire les acteurs autres que les représentants de la coopération internationale et les agents du CCM. Leurs fiches de poste intègrent généralement cette représentation au sein du CCM – si ce n'est leur fonction majeure, comme c'est le cas pour « l'agente de liaison » du Pefpar au Fonds mondial, dont le rôle est d'assurer la coordination technique entre les deux bailleurs ou pour la conseillère régionale santé de la France.

Au niveau discursif : domination d'une coalition informelle de français/francophiles et mise en minorité du Pefpar

- 13 Entre les membres de la coopération internationale règne une atmosphère de bienveillance réciproque, l'objectif commun étant de résoudre les dysfonctionnements du CCM, pour un meilleur impact de cet outil collaboratif et des financements du Fonds mondial. Le CCM est avant tout un lieu de partage d'informations générales, sur l'état de la lutte contre ces maladies dans le monde comme en Côte d'Ivoire, qui peut notamment servir d'espace de partage des stratégies du Pefpar et de leurs programmes opérationnels nationaux (*Country Operational Plan - COP*)¹¹. Le CCM s'est petit à petit substitué aux réunions entre « partenaires techniques et financiers » qui étaient anciennement organisées sous l'égide de l'Onusida, mais au sein desquelles le mutisme du Pefpar – pourtant principal détenteur d'informations – était reproché par les autres parties prenantes. En effet, depuis 2014, le Pefpar œuvre pour une plus grande transparence dans l'échange des informations aux autres partenaires bi et multilatéraux ainsi que de ses informations en général, tel qu'en témoigne la création du site <https://data.pepfar.gov/>, qui permet de suivre l'ensemble des indicateurs en temps réel. La création du poste de liaison « Pefpar-Fonds mondial » témoigne de cette volonté manifeste d'une meilleure coordination.
- 14 Concernant les prises de position au sein du CCM, le Pefpar tend à exprimer une vision stratégique davantage orientée sur la recherche d'impact. Cette vision trouve relativement peu d'échos auprès d'une « coalition informelle de français/francophones » porteurs d'une vision davantage sensible au multilatéralisme, à l'« appropriation nationale » et à l'équité. En effet, si la coopération française est directement présente (conseiller régional santé et Service de coopération et d'action culturelle), d'autres représentants des partenaires internationaux ou observateurs indépendants sont français ou ont transité par le système français (Unicef, PAC-CI, observateur indépendant, Commission européenne) et en portent les valeurs.

Questions d'agendas

- 15 Nous présenterons ici un exemple révélateur et symptomatique de la situation décrite plus haut : le dépistage du VIH. Depuis le COP 14 (octobre 2014 – septembre 2015), le Pefpar préconise l'arrêt du dépistage en population générale, afin de développer un dépistage ciblé sur les personnes probablement infectées par le VIH, dans le but d'atteindre un meilleur rendement (ou un « taux de séropositivité » élevé), et de mettre fin à ce qu'il considère comme un gaspillage des intrants. Or, jusqu'en 2018, le Fonds mondial a maintenu des stratégies de dépistage du VIH en population générale, avec

une vision du dépistage bénéfique à la fois aux séronégatifs (car suscitant des changements de comportements) et aux séropositifs (car impliquant un changement de comportement et une mise sous traitement). Pour autant, ce décalage n'est pas tant issu d'un décalage de visions stratégiques entre le Fonds mondial (qui donnerait la priorité à l'accessibilité) et le Pefpar (focalisé sur l'impact) que sur un décalage d'agendas. Avec son système de COP annuels, les stratégies du Pefpar évoluent rapidement, intégrant les nouvelles recommandations de l'Onusida, à la différence de celles du Fonds mondial qui, au moment de l'enquête en Côte d'Ivoire (2016-2017), étaient toujours basées sur celles du *Round 9*, rédigé en 2009¹². Lors d'une Assemblée générale¹³, une représentante du Pefpar interpellait le CCM sur la nécessité de documenter les taux de positivité des tests, afin d'éviter de « dépenser beaucoup d'argent » pour des tests qui ne permettraient pas d'identifier des personnes séropositives. Ces invectives récurrentes sur cette question ne trouvent guère d'échos au sein du CCM, tant sur l'absence de partage de cette vision fondée sur l'impact par rapport à une vision privilégiant l'équité dans l'accès au dépistage – régulièrement réaffirmée par la partie nationale – que sur l'impuissance du CCM à intégrer de nouveaux indicateurs et de nouvelles orientations en cours de subvention, l'indicateur contractuel étant le nombre de conseil et dépistage.

- 16 Un autre exemple concerne les outils de gestion des données. Le Pefpar milite pour l'adoption de leur propre système – appelé SIMS (*Site Improvement Through Monitoring Systems*) – qui permettrait une homogénéisation des indicateurs VIH en Côte d'Ivoire. Il est question de conformer le système du FM à celui du Pefpar, tandis que la coopération française préfère une approche simplifiée et intégrée au système national. Une expertise financée par l'Initiative 5 % a ainsi été mobilisée pour développer des outils de suivi stratégique adaptés au contexte. Cependant, le CCM est davantage un espace de dissensions cognitives où s'opposent certains principes (verticalité/intégration, bi/multilatéralisme, impact/équité), qu'un espace décisionnel où se joueraient réellement les enjeux stratégiques.

Sur le Plan matériel : Un soutien financier des États-Unis au CCM élevé mais invisible

- 17 L'USAID est le premier contributeur au fonctionnement et au renforcement de capacités du CCM de Côte d'Ivoire (455.000 euros/an), loin devant l'État (166.000 euros/an), le FM (115.000 euros/an)¹⁴ ou la France (95.000 euros en 2017 en appui technique via l'Initiative 5%). Le FM refuse en effet d'allouer trop de financements directs aux CCM, ceux-ci devant être assurés par la partie nationale. Cependant, les financements américains ne sont pas octroyés de manière directe au CCM, mais essentiellement via l'ONG américaine *Management Sciences for Health* – qui finance des conseillers techniques (dont un à temps plein), des visites de sites et des ateliers – rendant cet argent invisible aux yeux du CCM : « je viens d'apprendre que l'USAID contribuait à hauteur de 500.000\$ par an, mais je n'en vois pas la couleur. C'est de l'argent invisible, diffusé par MSH, mais qui est dilué dans les frais administratifs et autres » (entretien, membre du Bureau Exécutif, CCM-CI). Le CCM ne dispose donc que de très peu d'autonomie financière, ayant peu de maîtrise sur les appuis techniques américains et français, et limités par le FM qui refuse d'allouer trop de financements directs par respect du principe d'appropriation nationale (financements dits « de contrepartie »), ainsi que par l'État qui, bien que

finançant essentiellement le salaire des contractuels (12 en Côte d'Ivoire), des fonctionnaires détachés (5 chargés de programmes) et le loyer, ne soutient pas totalement cette institution *ad hoc* créée exclusivement pour le FM. C'est ainsi que le Pefpar comble parfois le manque de financements prévus par le FM – en finançant par exemple des visites de site, puisque le FM n'en prévoit que 4 pour les 3 subventions par an - ce qui exerce au final, une pression sur les partenaires techniques et financiers (BARTSCH, 2005).

La domination du PEPFAR hors du CCM

Négociations hors CCM et Effets de cadrage

- 18 Le Pefpar, le Fonds mondial et la partie nationale tiennent des négociations de haut niveau en dehors des arènes du CCM. Ces échanges ont lieu aux différents moments de « la vie » du CCM. Dans sa « vie courante », le FM tend à ignorer le CCM, au bénéfice d'échanges directs avec le Pefpar, la partie nationale et ses bénéficiaires principaux. Pendant longtemps, lorsque l'équipe pays venait en mission en Côte d'Ivoire, celle-ci ne rendait pas visite au CCM, en raison d'un agenda chargé et du caractère non prioritaire du CCM (l'équipe pays n'étant pas évaluée sur les performances du CCM), ce qui n'est aujourd'hui plus le cas. Le CCM n'a également que très peu de liens directs avec le Pefpar, leur interlocuteur direct étant l'ONG MSH et l'agent de liaison Fonds mondial. Le Bureau exécutif et le secrétariat du CCM se plaignent de ne pas avoir accès à toutes les informations stratégiques, notamment celles relatives au Pefpar. Les réunions entre le Bureau pays du Pefpar et le FM se déroulent dans les locaux de l'ambassade des États-Unis, à huis clos, tandis que l'équipe pays rencontre la coopération française au cours de réunions plus informelles.
- 19 Un exemple marquant de ces « effets de cadrage » produits par des négociations préalables de haut niveau concerne la rédaction de la phase 2 du *Round 9*, en 2013. A cette époque, les bailleurs de fonds étaient répartis en Côte d'Ivoire, telle une mosaïque, dont la coordination devenait un problème majeur. Les deux principaux bénéficiaires du FM avaient reçu une évaluation sévère de la part de l'agent local du Fonds (LFA) (B2 et C), qui remettait en question l'efficacité des subventions du FM. C'est dans ce contexte qu'un atelier a été organisé par le CCM pour rédiger le *draft 0* de cette demande d'extension (mai 2013). Le Pefpar, en sa qualité de Vice-président du CCM, a annoncé en préambule que des décisions lourdes avaient été prises en cercle restreint : notamment, 70 % des financements seraient désormais alloués à l'achat d'intrants – un poste budgétaire moins « risqué » et à plus fort impact, *via* le mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial (le *Voluntary Pooled Procurement*). Cela induisait que, étant donné le montant limité dédié aux activités programmatiques (soutien communautaire, formations, renforcements de capacité des laboratoires et des lieux de soins, etc.), il avait été décidé de se concentrer sur une seule des 22 régions sanitaires de Côte d'Ivoire (le Sud Comoé). Par conséquent, le Pefpar devenait ainsi l'unique soutien technique du secteur clinique dans les 21 autres régions. Peu de voix se sont élevées contre ces décisions – la société civile étant très dépendante du Pefpar et les acteurs bilatéraux de fait, absents. Malgré des tentatives, a posteriori, de la coopération française d'infléchir cette décision, celle-ci était au final, non négociable – car décidée entre le Pefpar, le FM et la partie nationale – et fut mise en œuvre à partir de 2013.

- 20 Cet épisode souligne plusieurs éléments. D'une part, la réunion à huis clos qui s'est tenue entre le Pefpar, la partie nationale et le Fonds mondial a généré un fort « effet de cadrage », paralysant tout débat ultérieur. Le CCM a ici été relégué à un rôle de chambre d'enregistrement de décisions prises en dehors de lui, allant à l'encontre du principe originel de participation et d'alignement des subventions sur les besoins des pays. Il s'agit d'une critique classique faite aux dispositifs participatifs, qui tendent davantage à mettre en scène un processus délibératif, rentrant dans une esthétique d'eux-mêmes, dont la portée symbolique prime sur la valeur ajoutée des décisions collaboratives (Gourgues, 2018).
- 21 D'autre part, les rapports asymétriques de pouvoirs entre le Pefpar d'un côté - qui détient une position hégémonique dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et au sein du FM - et la partie nationale, la société civile, les autres partenaires bi- et multilatéraux et le Fonds mondial de l'autre côté, se répercutent au sein du CCM. Bien que les CCM soient fondés sur le principe d'une participation égalitaire entre tous ses membres, cet épisode souligne combien cette vision naïve tend à nier les rapports de pouvoir en place, à l'instar de nombreux dispositifs participatifs (COOKE and KOTHARI, 2001). Une forte dépendance à son égard paralyse les organisations de la société civile ainsi que le Programme national de lutte contre le VIH/sida (PNLS) dont il finance des postes clés. Par ailleurs, le FM est pressé par le décaissement de ses financements, afin de justifier le renouvellement des subventions. Il existe peu de contre-pouvoirs, hormis certains acteurs de la coopération internationale (notamment française) mais qui peinent à peser substantiellement dans les décisions stratégiques, au sein de cette configuration qui leur est défavorable. Nous voyons également ici que le Pefpar peut prendre l'ascendant sur le Fonds mondial, en l'utilisant pour servir ses intérêts : grâce à l'achat massif d'intrants du FM, le Pefpar peut afficher une domination géographique apparente du territoire ivoirien.

Le Pefpar agit, le FM réagit

- 22 Dans la mesure où le Pefpar détient une position hégémonique sur la Côte d'Ivoire - et dans le champ du VIH plus généralement, il est en mesure d'élaborer ses propres stratégies, pour que les autres partenaires - dont le FM - s'alignent sur ses décisions. À la fin du *Round 9*, le CCM était invité à proposer une demande d'extension de cette subvention. En effet, en septembre 2016, s'était ouverte une période de latence de 16 mois, jusqu'à ce que débute la nouvelle note conceptuelle suivant le nouveau modèle de financement (NMF) en janvier 2018. La rédaction de cette note a débuté à un moment charnière : le Pefpar venait d'annoncer sa nouvelle stratégie, le COP 15, où il opérait une différenciation entre les districts sanitaires, suivant leur impact attendu. Il proposait désormais des paquets de services minimums dans les districts dits « de maintenance » (40 sur les 79 districts sanitaires qu'ils accompagnent), où l'objectif étaient de maintenir les personnes séropositives sous traitement, sans en enrôler de nouvelles et développait des stratégies plus intensives dans les districts dits « *scale up to saturation* » et « *aggressive scale up* ». Cette demande d'extension du *Round 9* devenait une opportunité pour la partie nationale - et le CCM - de combler les districts laissés par le Pefpar. Le comité de rédaction a rédigé trois versions successives dans cet esprit, qui ont essuyé chacune un refus de la part du Fonds mondial, celui-ci ne souhaitant pas combler les brèches laissées par le Pefpar et mener des actions dans des districts dits à « faible impact ». L'extension a finalement été accordée suivant le format identique à la

phase précédente (phase 2 du *Round 9*), c'est-à-dire avec un appui technique uniquement accordé dans la région sanitaire du Sud Comoé. La rédaction d'un article dans la revue *Transversal*, décrivant ce processus en détail (BEKELYNCK *et al.*, 2016), a donné lieu à de fortes réactions de la part de l'Équipe pays du FM, déclarant au cours d'une visite au CCM de Côte d'Ivoire que leur rôle n'était en aucun cas de financer l'équité de l'accès aux services.

- 23 Cet épisode souligne plusieurs faits. Définissant ses programmes d'actions de manière annuelle, sous la forme de COP (*Country Operational Plan*), il détient une plus grande flexibilité dans ses orientations, réajustant d'une année sur l'autre ses zones, populations et stratégies prioritaires ainsi que ses objectifs. Malgré l'adoption du format plus souple des « notes conceptuelles », sur un format de trois ans, le FM peine à suivre la cadence et est vouée à une position réactive. Ce problème se rencontre également sur le terrain. Par exemple, même si des discussions permettent d'aboutir à une répartition entre ONG communautaires, Pefpar et FM qui interviennent dans des districts sanitaires communs, la variabilité des budgets et des zones prioritaires du Pefpar induit un équilibre fragile qu'il s'agit de reconstruire à chaque changement de zone et de stratégie.
- 24 Lors de la rédaction de la demande d'extension, le FM avait la possibilité de s'adapter aux besoins du pays, d'autant que la rédaction du Plan national de lutte contre le VIH/sida 2016-2020, venait d'être achevée. Pour autant, cette fenêtre d'opportunité n'a pas été saisie, en raison d'enjeux plus structurels. Si le Pefpar est le premier donateur du FM et que les deux bailleurs affichent leur collaboration, une concurrence anime ces deux bailleurs, dans une course au meilleur impact. Cette approche s'est accentuée au début des années 2010, avec la stagnation des ressources internationales (United Nations, 2018). En 2012, le FM a adopté son Nouveau modèle de financement (NMF), qui visait à produire un impact plus important et plus durable dans la lutte contre les trois pandémies. Deux années plus tard, le Pefpar lançait son Programme « *Pepfar 3.0: Controlling the Epidemic: Delivering on the Promise of an AIDS-free Generation* », visant des investissements stratégiques pour un meilleur impact et une meilleure efficacité. S'il existe une convergence des deux bailleurs sur des pratiques communes, il s'agit davantage d'une convergence du FM vers celles du Pefpar, où la justification des décaissements et de l'efficacité prime sur les principes d'appropriation nationale et de partenariat (TCHIOMBIANO, NAY, AND EBOKO, 2018).

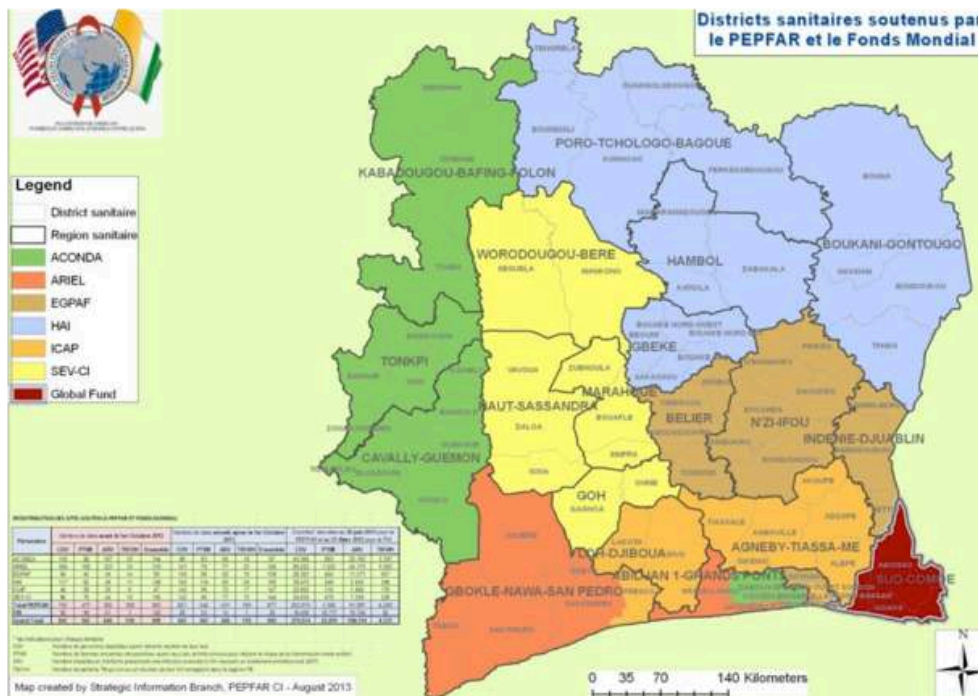
Le pouvoir cognitif et symbolique

- 25 Enfin, les jeux de pouvoirs s'observent sur le plan du *soft power*, notamment sur la production des connaissances scientifiques et de la maîtrise des indicateurs. Le Pefpar doit justifier l'efficacité de ses actions auprès des contribuables américains et du Congrès pour renouveler ses financements chaque année et le Fonds mondial auprès de ses pays donateurs, notamment lors de la Conférence de reconstitution des fonds. Au niveau des pays, les gestionnaires de portefeuille (*portfolio manager*) doivent garantir le décaissement des fonds pour le pays dont ils ont la charge, en fonction de leur performance, afin de renouveler les décaissements et subventions futures. Alors que leurs actions sont entremêlées et complémentaires, ces deux bailleurs font face à l'épineuse question de la paternité des indicateurs, voire de la « course aux indicateurs » (SALAIS, 2004). Sur une présentation de leur COP 15, le Pefpar affirmait soutenir 98% des personnes sous ARV en Côte d'Ivoire ; tandis que le FM, à travers les

outils de suivi stratégique du CCM – les tableaux de bord (*dashboards*) - et le site du Fonds mondial, ce sont les données nationales qui sont reprises en leur nom (malgré les 10-15 % de contribution du FM).

- 26 Pour asseoir sa domination cognitive, le Pefpar utilise ce que Philippe Zittoun définit comme une « arme redoutable » : les cartes. (ZITTOUN, 2006,12). Parmi les « instruments d'action publique », les cartographies (et les indicateurs qui les fondent) recouvrent trois fonctions principales : 1) c'est un outil d'objectivation, de simplification et de problématisation, qui participe à la construction d'un phénomène en un « problème public » ; 2) c'est un moyen de légitimation à la fois des phénomènes dont il est question et des experts qui le portent ; 3) c'est un outil d'aide à la décision, qui favorise l'action (LASCOUMES AND LE GALES, 2005).
- 27 A la fin des années 2000, la Côte d'Ivoire a fait face à une certaine « polyarchie » de ses bailleurs contre le VIH/sida. En effet, en 2009, la Banque mondiale a réinitialisé son Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PUMLS, fonds MAP¹⁵) en se concentrant sur les activités de prévention et de prise en charge de quatre régions (Montagnes, Savanes, Lagunes, Sud Comoé) (20 millions \$). En 2010, Le Fonds mondial a fait son retour en force, avec la signature du *Round 9* pour des budgets alloués de 39 millions \$ pour la phase 1 (2011 – 2013) et de 94 millions \$ prévus pour la phase 2 (2013 – 2015). Cette subvention se donnait pour objectif de couvrir 100 sites de santé, au sein de 29 districts sanitaires (dont 20 avaient été gérés par le Round 2). L'Unicef était également actif sur les enjeux de transmission mère-enfant et de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV), tandis que le Pefpar était en pleine décentralisation de ses activités, avec une domination financière.
- 28 Afin de coordonner cette « polyarchie », d'éviter les problèmes classiques de l'aide au développement (doublons et points aveugles) et de palier les tensions liées à la « paternité » des indicateurs, les principaux bailleurs de fonds (Pefpar, FM, Banque mondiale, Unicef) se sont associés en 2009. Le but de cette coalition de circonstance consistait à élaborer plusieurs cartes (une pour chaque domaine programmatique), sous la coordination formelle de l'État. Cet exercice a été rebaptisé ironiquement par les acteurs locaux le « Yalta ivoirien », soulignant l'importance symbolique de l'appropriation de territoires par des financiers internationaux, parfois au détriment du principe de souveraineté nationale. La complexité de ce découpage a engendré de fortes difficultés dans la mise en œuvre opérationnelle des activités. De plus, certains bailleurs de fonds ont vu leurs activités diminuées ou arrêtées. Suite à la crise post-électorale, la Banque mondiale s'est retirée. Par ailleurs, l'efficacité du Fonds Mondial a été remise en cause lors de l'évaluation de la phase 1 du Round 9¹⁶, qui a donné lieu au partage du territoire entre le Pefpar (19/20 régions sanitaires) et le Fonds mondial (1/20) pour le volet clinique (cf. supra). Afin d'organiser ses activités, elle a réparti ses sept partenaires de mise en œuvre (PMO) sur l'ensemble de « sa zone »¹⁷, à l'aide d'une carte, qui a ensuite été largement diffusée dans le milieu du VIH/sida, comme reflétant la répartition des activités Pefpar/Fonds mondial (cf. carte).

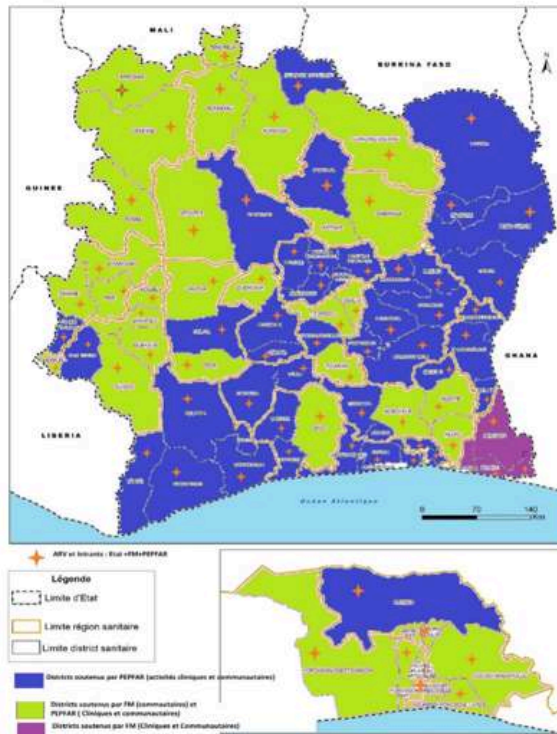
Figure Répartition des bailleurs et des partenaires de mise en œuvre du pepfar, selon le Pefpar (2013)



- 29 Alors que la part du financement du Pefpar est restée relativement stable durant cette période (entre 70-80 %), l'image qui a été produite, grâce au support des cartes, a été radicalement différente. Les cartes de 2009 mettaient en scène un « puzzle » ingouvernable, où le Pefpar était un bailleur parmi d'autres, alors que la carte de 2013 représente une délimitation précise et homogène des bailleurs. Cette mise en carte simplificatrice a donné l'image d'une coordination des acteurs claire, allégée, maîtrisée et efficace. Elle a cependant conduit à surévaluer l'action des États-Unis. D'une part, le rôle de l'État n'est pas apparu en termes de coordination nationale et locale, des ressources humaines employées, de ses infrastructures et de ses équipements ou de sa gestion des intrants. Le rôle du Fonds mondial a également été minimisé, la lecture de la carte ne faisant pas figurer les actions qu'il continuait de mener sur l'ensemble du territoire : achat de 50 % des ARV, supervision des districts et régions sanitaires, actions « communautaires » (prévention, dépistage, prise en charge psycho-sociale) menées par le récipiendaire principal communautaire, Alliance-CI. Ces cartes n'avaient pas vocation, a priori, d'être représentatives du rôle des différents acteurs dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, mais à présenter les stratégies du Pefpar. Cependant, par manque de « contre-expertise » locale, que ce soit de l'État, du Fonds Mondial ou de l'Onusida, elles ont été présentées comme telles et rarement remises en cause, devenant un instrument de domination cognitive et de légitimation du bailleur américain. D'une illusion d'optique, cette carte s'est érigée en marque de la domination américaine. Les effets de cette posture performatrice illustrée par cette carte ont été soulevés lors de la rédaction de la note conceptuelle (2017). Afin de rétablir une vision de la situation plus proche de la réalité, le CCM a souhaité élaborer une nouvelle carte, notamment à vocation de plaider auprès du Fonds mondial, afin de leur montrer que la subvention n'était pas cantonnée à une région sanitaire (le Sud Comoé), « pour visualiser là où ils sont, pour leur dire 'voilà où vous êtes, et voilà les gaps à combler dans ces zone' » (agent du Secrétariat du CCM) (CF Carte). Cette carte a suscité l'étonnement de

Genève, prenant conscience que le FM avait de nombreuses actions sur l'étendue du territoire. Ainsi, l'analyse du pouvoir cognitif et performatif de ces instruments, permet de relativiser leur apparente technicité et neutralité (LASCOUMES AND LE GALES 2005, 13).

Figure répartition des bailleurs en Côte d'Ivoire selon le CCM en 2017



- 30 Cette quête de reconnaissance des actions financées se joue également au niveau local, sur la perception que les bénéficiaires de ces financements ont de chaque partenaire du niveau international. Un agent du CCM déclarait : « Peut-être qu'il y a des annonces à la TV sur les subventions du FM, mais sur le terrain, ce n'est pas connu...Il faut qu'on sache que c'est le FM ! Le Pefpar, ils sont très forts pour ça. Ils veulent qu'on sache ce qu'ils ont fait, ils s'imposent. C'est comme s'ils sont les seuls maîtres. Ils ont pris une bonne partie de la Côte d'Ivoire, en fonction de telle zone, je décide, et je laisse à la partie nationale des régions et des zones... Il faut pêcher dans les zones où tu sais que tu peux avoir du poisson...Tout le monde aujourd'hui parle du Pefpar. Le FM doit être connu, pour pas que les gens aient cette trouille du FM » (agent du Secrétariat du CCM). En effet, dans son fonctionnement bureaucratique et dans l'adoption d'outils de gestion des risques, le FM a acquis une mauvaise réputation auprès de ses bénéficiaires, préférant le fonctionnement plus direct, quoique générant une forte pression, du Pefpar.

Conclusion

- 31 L'analyse du cas ivoirien permet de souligner dans quelle mesure les jeux de pouvoir entre les deux bailleurs, au-delà de leurs objectifs communs, sont teintés d'instrumentalisation et de concurrence. Ces rapports de force ont tendance à tourner à l'avantage du Pefpar qui, armé de sa puissance financière, stratégique et cognitive - et peu de contre-pouvoirs en face - développe ses propres orientations. C'est un des atouts

d'un rapport bilatéral asymétrique, lequel façonne les règles du jeu, oriente la priorité vers l'impact à court terme. Ce dernier prime sur les enjeux d'équité ou de souveraineté nationale. Les acteurs nationaux – société civile et secteur public – sont paralysés par leur dépendance financière. Pour sa part, la coopération française développe des options stratégiques davantage orientées sur le long terme et l'appropriation nationale, à contre-courant du mouvement dominant au sein du FM. Quant au CCM, il ne peut peser dans les négociations au niveau local, ignoré du Pefpar, ou bien lorsqu'il est pris en compte, jouant le rôle de chambre d'enregistrement, avec des « effets de cadrage » importants. Ce fléchissement du FM vers la recherche d'investissements stratégiques depuis 2012 suscite quelques critiques, notamment sur sa tendance à devenir un mécanisme plus vertical, davantage centré sur les donateurs, avec une priorité à démontrer l'impact des investissements et une sous-estimation des enjeux systémiques et durables (KAPILASHRAMI AND HANEFELD, 2014). Le risque actuel du FM est de cumuler les désavantages des deux approches, avec le caractère procédurier et chronophage des organisations multilatérales et « apprenantes », sans parvenir à justifier d'un impact à court terme équivalent à celui du Pefpar.

- 32 La réaffirmation des principes fondateurs du FM relève aujourd'hui davantage d'une rhétorique légitimatrice. Interrogé sur le fonctionnement du Pefpar, un agent du FM à Genève associait le fonctionnement du Pefpar à un retour en arrière, au « colonialisme ». La Conférence de reconstitution des fonds confère au FM aujourd'hui une occasion de ré-affirmer ses propres valeurs sur lesquelles il s'est fondé, en opposition aux approches verticales, et d'assumer de jouer sur un autre terrain, celui de l'équité, de l'appropriation réelle, avec une confiance forte accordée aux acteurs nationaux, tout en acceptant de produire des résultats moins immédiats et plus durables.

Références bibliographiques

- 33 Bartsch, Sonja. 2005. "The Global Fund to Fight Aids, Tb and Malaria. Establishment, Current Issues and Future Challenges Sonja Bartsch." Salzburg: German Overseas Institute.
- 34 Bekelynck, Anne, Joseph Larmarange, Jean-Marie Masumbuko, and Philippe Msellati. 2016. "Le Fonds Mondial : Un Bailleur Comme Les Autres ? L'exemple de La Côte d'Ivoire." *Transversal*.
- 35 Bilimoria, Natasha F. 2012. "Lessons Learned From A Decade Of Partnership Between PEPFAR And The Global Fund: A Case Study From Tanzania." *Health Affairs* 31 (7): 1415–21. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0229>.
- 36 Broqua, Christophe. 2018. *Se Mobiliser Contre Le Sida En Afrique : Sous La Santé Globale, Les Luttes Associatives*.
- 37 Cooke, Bill, and Uma Kothari, eds. 2001. *Participation: The New Tyranny?* 4th ed. edition. London ; New York: Zed Books.
- 38 Gourgues, Guillaume. 2018. "Participation : trajectoire d'une dépolitisation." *Revue Projet* N° 363 (2): 21–28.
- 39 Kapilashrami, Anuj, and Johanna Hanefeld. 2014. "Meaningful Change or More of the Same? The Global Fund's New Funding Model and the Politics of HIV Scale-Up." *Global Public Health* 9 (1–2): 160–75.

- 40 Kates, Jen, Adam Wexler, Eric Lief, and Unaid. 2019. “Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2018.”
- 41 Lascoumes, Pierre, and Patrick Le Galès. 2005. “Introduction : l’action publique saisie par ses instruments.” In *Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès (dir.) Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, 11–44. Paris. http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SCPO_LASCO_2005_01_0011.
- 42 Oomman, Nandini, Michael Bernstein, and Steven Rosenzweig. 2007. “Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique Uganda and Zambia.” <http://www.ponline.org/node/199919>.
- 43 Salais, Robert. 2004. “La Politique Des Indicateurs. Du Taux de Chômage Au Taux d’emploi Dans La Stratégie Européenne Pour l’emploi (SEE).” In *Action Publique et Sciences Sociales*, B. Zimmermann (Dir.). Paris: Editions de la Maison des Sciences de l’Homme.
- 44 Severino, Jean-Michel, and Olivier Ray. 2012. “La fin de l’aide publique au développement : les enjeux de l’action hypercollective.” *Revue d’économie du développement* Vol. 20 (2): 83–142.
- 45 Summers, Todd. 2017. “The Global Fund and PEPFAR: Complementary, Successful, and Under Threat.” Washington D.C.: Center for Strategic & International Studies (CSIS), Global Health Policy Center HIV working group.
- 46 Tchiombiano, Stéphanie, Olivier Nay, and Fred Eboko. 2018. “Chapitre 5. Le Pouvoir Des Procédures Les Politiques de Santé Mondiale Entre Managérialisation et Bureaucratisation: L’exemple Du Fonds Mondial En Afrique de l’Ouest.” In *L’Etat Réhabilité En Afrique. Réinventer Les Politiques Publiques à l’ère Néolibérale*. Paris: Karthala.
- 47 United Nations. 2018. “Report of the UN Secretary-General on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declarations on HIV/AIDS (72nd Session of the General Assembly, 3 April 2018).” Washington D.C.
- 48 Zittoun, Philippe. 2006. “Indicateurs et cartographie dynamique du bruit, un instrument de reconfiguration des politiques publiques ?” *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, no. Dossier 8 (December). <https://doi.org/10.4000/developpementdurable.3261>.

NOTES

1. Le PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS Relief) a été fondé en 2003 par le Président américain George W. Bush. Jusqu’à la fin de son mandat, ce programme a été communément appelé le « Plan Bush »
2. <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
3. Voir également la contribution de Stéphanie Tchiombiano de ce volume.
4. <https://data.theglobalfund.org/home>, consulté le 5 septembre 2019

5. http://aidspan.org/gfo_article/domestic-financial-contributions-hiv-tuberculosis-and-malaria-responses-remain-low, consulté le 24 septembre 2019 ; les 11% restants sont soutenus par la partie nationale
6. CDC Retro-CI : https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/cote-d-ivoire/pdf/Cote-D-Ivoire_Factsheet.pdf
7. La majeure partie des fonds du PEPFAR en Côte d'Ivoire est gérée par les CDC et l'Agence pour le Développement International (U.S. Agency for International Development, ou USAID), avec des contributions par le Département de la Défense (DoD), le Département d'Etat (DoS), l'Administration des Ressources et Services de Santé (HRSA), et l'Institut National de la Santé (INS), <https://ci.usembassy.gov/fr/our-relationship-fr/pepfar-fr/quest-ce-que-le-pepfar/>
8. Au moment de l'enquête, le CCM de Côte d'Ivoire avait la particularité d'être structuré en comités thématiques (VIH/sida, paludisme, tuberculose, renforcement des systèmes de santé, finances).
9. Suivant l'élection du Bureau Exécutif de l'AG du 19 novembre 2015
10. Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (Unicef), site ivoirien de l'Agence nationale de recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales française (PAC-CI)
11. Par exemple, lors de la réunion du 7 mars 2017, où le COP 17 a été présenté au Comité sida.
12. La Côte d'Ivoire a bénéficié du Round 9 en 2009, initialement pour une durée de 5 ans (3ans, reconductibles pour 2 ans). Suite à différents retards et crises (signature initiale retardée, crise post électorale en 2010-2011, crise du Fonds mondial en 2011), la subvention du Round 9 a couru jusque septembre 2016 (phase 1 : 2010-2013 ; phase 2 : 2013-2016), avec une extension accordée jusque janvier 2018.
13. AG du 25.02.2016
14. Source : CCM de Côte d'Ivoire
15. Le MAP, Multi-country AIDS Programme est le programme de la Banque mondiale contre le sida, lancé au début des années 2000 pour des périodes de 5 ans renouvelable.
16. En 2010, la Côte d'Ivoire obtient la subvention du Round 9 du Fonds mondial. Or, très vite, plusieurs difficultés ralentissent sa mise en œuvre : crise post-électorale, capacités administratives du pays jugées non suffisantes par Genève, turn over important des bénéficiaires principaux, des Ministres de la lutte contre le VIH/sida, des présidents du CCM (Country Coordinating Mechanism) et des portfolios managers de Côte d'Ivoire (4 en 2ans). Au final, les fonds ne sont débloqués qu'en 2012. Des plateformes de coopération ad hoc sont instituées, afin de gérer ces « gap » suscités par cette période de latence. En outre, c'est tout un ensemble d'ONG et d'associations qui se retrouvent au chômage technique.
17. Le « système PEPFAR » s'appuie sur la médiation d'ONG partenaires (essentiellement américaines), chargées de former et d'apporter un soutien technique et matériel aux centres de santé (public et privé), ainsi qu'aux organisations à base communautaire (OBC) ou confessionnelles (OBF). En 2009, 80% des fonds internationaux étaient alloués à des ONG internationales et bureaux pays des organismes multilatéraux, 8% à d'autres organisations privées nationales, contre 12% alloués directement au secteur public (CNLS Côte d'Ivoire 2010).

ABSTRACTS

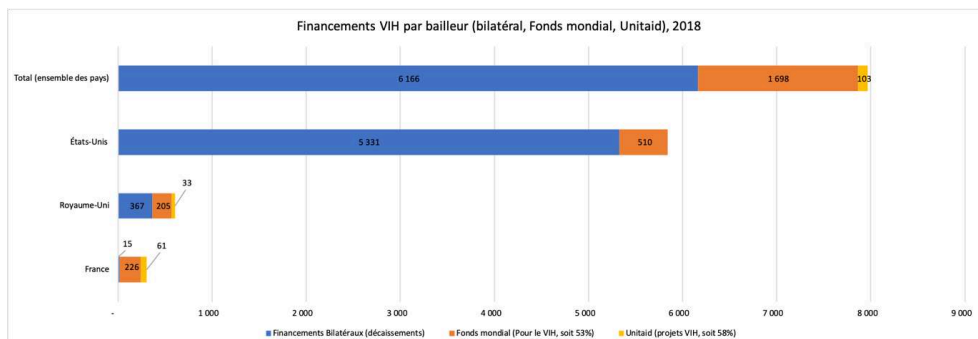
Aujourd'hui, le Plan Présidentiel d'Urgence contre le sida (Pepfar) et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme contribuent respectivement à hauteur de 67 % et 21 % (dont 30 % provenant des États-Unis) dans la lutte contre le VIH/sida. Malgré des principes différents, ces deux initiatives sont généralement présentées comme complémentaires et unies vers un même but commun : mettre fin à l'épidémie du VIH. Cette contribution analyse les rapports de force de ces deux acteurs sur le terrain, à travers l'étude de cas de la Côte d'Ivoire, qui a la particularité d'être majoritairement financée par le Pepfar (70-80 %), bien que non prioritaire ; tout en étant un pays prioritaire du FM, bien que finançant seulement 10 % du budget sida. Elle est issue d'une recherche qualitative, mêlant observations de réunions du Country Coordinating Mechanism - CCM (16) et des entretiens des membres du Bureau exécutif du CCM, de la société civile, de la coopération internationale (française, américaine, Unicef) et du secteur public. Au sein des CCM, nous avons observé une domination de la participation des acteurs de la coopération internationale, et une relative mise en minorité des partenaires américains dans leurs prises de positions, face à une coalition informelle de français et/ou des francophones. L'influence véritable se joue en dehors des CCM, par des négociations de haut niveau générant des effets de cadrage déterminant sur les décisions du CCM ; ainsi que par le mode d'action opérationnel du Pepfar, fondé sur l'autonomie et l'exécution des priorités propres, qui voue le FM à une position réactive. Depuis l'adoption du Nouveau modèle de financement (NMF), le fonctionnement du FM converge vers celui du Pepfar. Le risque est qu'il cumule les désavantages des deux approches, avec le caractère procédurier et chronophage des organisations multilatérales et « apprenantes », sans parvenir à justifier d'un impact à court terme équivalent à celui du Pepfar.

Côte d'Ivoire, a case study of power relations PEPFAR - Global Fund (eng)

Anne BEKELYNCK

Introduction

- 1 In the early 2000s, two initiatives - one multilateral and one bilateral - were launched successively to address the urgency of the epidemic: the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria created in 2002 and the Presidential Emergency Plan against AIDS (Pepfar)¹ one year later, in 2003. Today, these two initiatives contribute 88% of the international funding allocated to the fight against HIV/AIDS, with 67% from Pepfar and 21% from the Global Fund (Kates et al., 2019). Thanks to the contribution of these two donors, 23.3 million people living with HIV receive antiretroviral (ARV) treatment worldwide, out of the 37.9 million people infected with HIV². The United States is also the largest contributor to the Global Fund (30%) - far ahead of France (13%) and the United Kingdom (12%) - with US funding accounting for almost three-quarters (73%) of total international HIV aid funding (Kates et al., 2019).



Source: graph produced by the author from data from (Kates et al. 2019)

- 2 When the Global Fund was created, its promoters aimed to develop an organisation that was different from traditional bilateral cooperation organisations, criticised for their top-down nature and bypassing local public authorities³. When the PEPFAR was designed a year later, the priority was to respond effectively to the urgency of the epidemic, through the deployment of a vertical system. The FM is defined as a financial instrument (and not as an operator), without a presence in the countries where it operates - unlike PEPFAR, whose offices are located in US embassies. The FM wants grants to be developed and monitored by the Country Coordinating Mechanism (CCM), following the principles of partnership and ownership, while the PEPFAR develops its projects in which local actors have an advisory role. FM grants have a longer duration than PEPFAR grants, although this has been reduced, with the transition to "concept notes", of 3 years (instead of 5-year "Rounds") for more flexibility; while PEPFAR has been developing its Country Operational Programme (COP) on an annual basis since its inception. At the recipient country level, PEPFAR initially focused on the 15 countries most affected by the epidemic (with an expansion to 32 countries today), while the Global Fund has funded more broadly, with 134 countries having already received funding for HIV, with a current tightening (76 countries currently funded⁴). The Global Fund therefore finances countries with relatively low epidemics and concentrated on populations, although it has been in a "transition" phase since 2012, to withdraw from countries considered to have the capacity to support their epidemics (according to income, prevalence, etc.) and has developed a classification in terms of impact and contexts.

Table Comparison Global Fund / PEPFAR

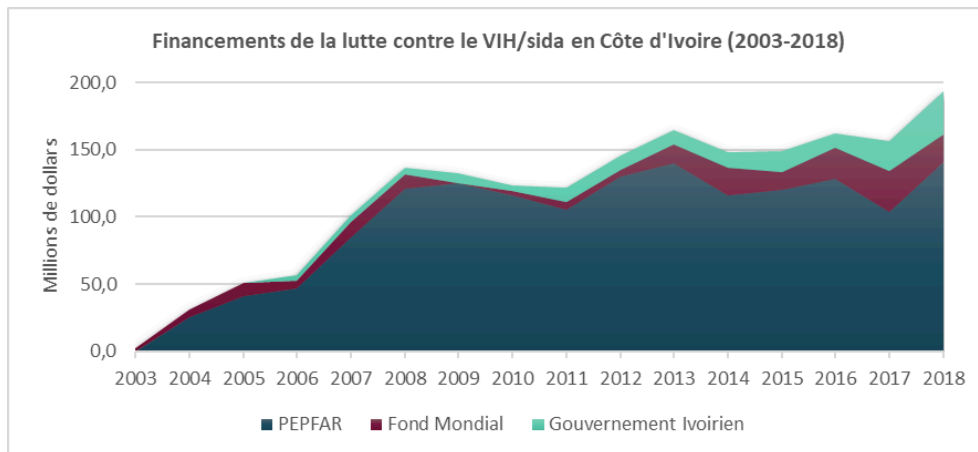
	Global Fund	PEPFAR
Year of creation	2002	2003
Piloting	By the country via CCMs (<i>country-driven</i>) Multilateralism	By the donor-driven Bilateralism
Type of actions	Funding only (the FM is defined as a financial instrument, without representation in the beneficiary countries)	Funding and implementation (with offices in beneficiary countries)
Beneficiary countries	Large (134 countries have already received FM funding and 76 currently)	Focus on the most affected countries (15 at the beginning, 32 today)
Duration of grants	3 years (and 5 years initially)	1 year

- 3 Generally, the Global Fund and PEPFAR are presented as interdependent, complementary and successful initiatives, each armed with strengths and weaknesses that should be best exploited (Summers, 2017). PEPFAR would be more effective in

addressing the epidemic in countries with the highest HIV burden, thanks to their immense technical capacity and broad network (US government agencies and implementing partners); while the Global Fund would finance inputs and treatments, develop strategies more tailored to country needs and respond in countries less affected by the epidemic (Oomman, Bernstein, and Rosenzweig, 2007; Bilimoria, 2012). For example, Pefar's presence in Tanzania would have enabled the Global Fund to use its funding more effectively, thanks to the technical support of the bilateral donor on the ground: accurate epidemiological data, a clear understanding of the country's bottlenecks and needs, assistance in building the capacity of health providers and in managing the entire drug supply chain (Bilimoria, 2012).

- 4 To achieve this complementarity and avoid duplication, the two donors coordinate on different aspects (governance, programme development and implementation, technical assistance), at international, national and local levels. As the largest contributor to the Global Fund (30%), Pefar holds a central position in decision-making bodies in Geneva (permanent seat on the Global Fund's Board of Directors, management positions for US government officials, Pefar's participation in the TRP). For example, Pefar organizes annual coordination meetings with the Global Fund on topics such as purchasing and the supply chain. At the country level, the two donors are mutually involved in strategy development, either as CCM members for the Pefar or by being consulted in the development of the FM COPs. PEPFAR is the largest donor of technical assistance to support Global Fund activities, through activities such as support for the development of national strategic plans and grant proposals, capacity building (governments, CCMs), support to countries to mobilize increased national resources for HIV/AIDS and strengthening national supply chains to provide inputs and medicines (Summers, 2017).
- 5 While the complementarity of the two donors is generally displayed, both of which are oriented towards a common objective, the coordination of international cooperation constantly faces significant obstacles in terms of duplication, blindness and competition (Severino and Ray, 2012). In this particular case, the issue of full collaboration is of particular interest, as Pefar holds a dominant position as the main funder of the fight against HIV/AIDS on the one hand, and as the main contributor to the MF on the other. How do these relationships materialize on the ground? We will analyse here the collaboration, competition and instrumentalization of the two main donors in the fight against HIV/AIDS, based on the analysis of a case study, Côte d'Ivoire.
- 6 Côte d'Ivoire has various characteristics with high heuristic value. First of all, it is the only French-speaking country to have benefited from the support of Pefar since its creation. In the early 2000s, Côte d'Ivoire was the epicenter of the epidemic in the West African sub-region, with an epidemic estimated at 7% (at the time, it was estimated at 12%). The share of HIV funding from the two donors reflects relatively well that observed at the global level, with 72% of the fight funded by Pefar and 17% by the FM for the period 2015-2017⁵. Since then, donor investment and political commitment, coupled with the deaths of infected people and successive statistical readjustments, have significantly reduced the epidemic, now estimated at 2.6%. Côte d'Ivoire presents an ambivalent situation: less attractive for Pefar, with actions considered to have a lower impact than in the southern and eastern African countries with higher epidemics; it was defined as one of the two "high-impact" countries in French-speaking

Africa by the Global Fund in 2012, alongside the Democratic Republic of Congo. While the share of FM funding is relatively low compared to PEPFAR in this country, Côte d'Ivoire remains the second most funded French-speaking country in West and Central Africa, behind Cameroon. This country is also marked by the still strong presence of the second largest contributor to the FM, France, which has still strong economic interests and cultural influence. PEPFAR's continued presence on Ivorian soil is also due to its institutional and national proximity to the Center for Disease Control (CDC), whose Ivorian branch was created in 1987 to initiate a project on retroviruses: CDC Retro - CI⁶. Both the CDC of Côte d'Ivoire and the PEPFAR are under the leadership of the United States Embassy⁷.



Source : site internet PEPFAR ; site internet Fonds Mondial ; REDES 2010/2011 ; COP 2017 de Côte d'Ivoire ; National Health Accounts, funding request submitted to the Global Fund ; External – country reported, OECD DAC CRS.

- 7 This research is based on an in-depth survey conducted by the CCM of Côte d'Ivoire between 2015 and 2017, using a qualitative methodology. We conducted observations of 16 CCM meetings (HIV/AIDS Committee⁸, General Assemblies, Extraordinary Meetings), as well as a meeting of the *Working Group of the CCM Hub* at the FM headquarters in Geneva (16-17 March 2016) and the sub-regional CCM consultation workshop, organised by the FM and Initiative 5% (Expertise France) which brought together 21 French-speaking African countries (12-15 September 2017). Semi-directive interviews were also conducted with members of the CCM Executive Board, civil society, international cooperation (French, American, Unicef) and the public sector.
- 8 We will study in particular the participation and role of PEPFAR in the CCM of Côte d'Ivoire (1st part), to then analyse how his strategic influence outside this arena governs him directly (2nd part), to finish on his use of *soft power* (3rd part).
Within the CCM: domination of international cooperation and relative minority of the PEPFAR

Formal composition of the CCM-CI: FULL compliance with the recommendations of the FM

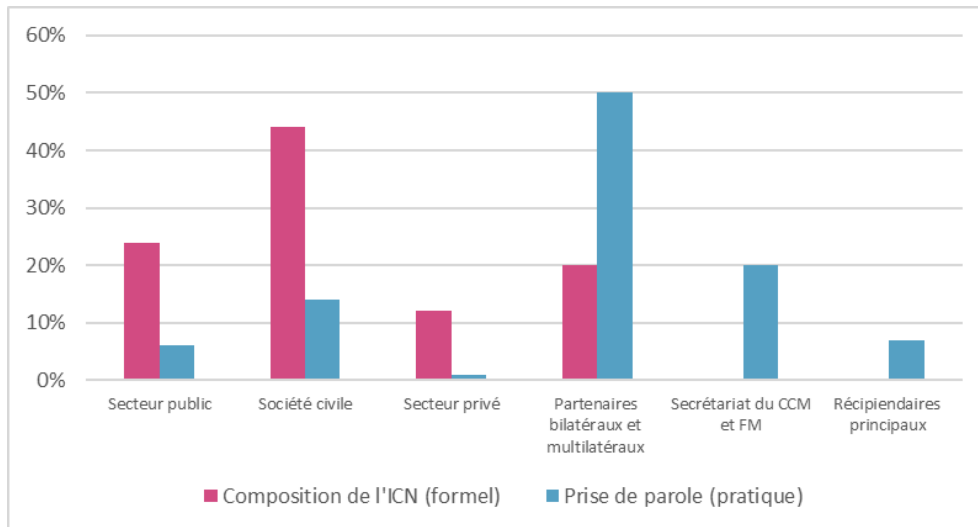
- 9 In the composition of its members, the CCM of Côte d'Ivoire respects the Global Fund's guidelines, which call for representation of all stakeholders in the fight against the three pandemics (public sector, civil society, private sector and bilateral and multilateral partners in the countries), with a minimum requirement of 40% of civil

society representatives. On paper, digital power rests with civil society organizations (42%), followed by the public sector (24%), and bilateral and multilateral partners (20%). At the level of key positions, within the Executive Bureau, the Presidency is held by the government sector (Presidency of the Republic), while the three Vice-Presidents for the private sector (Chamber of Commerce and Industry of Côte d'Ivoire), civil society (Union syndicale des travailleurs, UGTIC) and technical and financial partners (Pepfar), with a representative of people affected or affected by one of the three diseases (RIP+)⁹. For some CCM members, this choice of Pepfar is perceived as more of an imposition than an election: "The real question is why among the TFPs, we were imposed on the Americans as VPs. Because in fact, we were made to understand in an informed way that we were going to choose this person (...) There were no other nominations (...) The Pepfar was always in the Vice-Presidency of the CCM" (CCM observer). Within the AIDS Committee, the representative of Pepfar is its President and, in order to balance the contribution of the two most dynamic international cooperations, the representative of France was proposed and appointed Vice-President of the Committee, under cover of an election by show of hands without opposing candidates at a meeting. This presence of donors as chairpersons of the Committees is, although honorary and pragmatic, indicative of the power relationships within the CCM.

From theory to practice: role reversal

- 10 In order to analyse, in practice, the "active participation" of CCM-CI members, we systematically took notes of 16 CCM meetings (11 HIV Committees, 2 General Assemblies (GAs), 3 country dialogues/concept note). The speeches were systematically quantified for each sector represented. This method of calculation is not totally representative, since it does not make it possible to take into account either the duration of the interventions or their quality. In addition, this technique is based on manual notetaking, with necessary omissions. However, the objective was to report a general trend, this estimate allowing to know the proportion of actors who intervene, animate and feed the exchanges. This analysis showed that the trend was reversed, with exchanges dominated by international cooperation representatives (Pepfar, Coopération française, UNAIDS, WHO, UNICEF, PAC-CI¹⁰ and independent observers), with an estimated 50% speaking time, while civil society representatives participated in 14% of the exchanges, which were mainly due to its two members serving as Vice-Presidents in the Executive Bureau and 6% of the national public sector. VS speaking board CCM representation (Figure1).

Figure Formal and effective participation in the CCM of Côte d'Ivoire



- 11 The spatial organization of the CCM meeting room accentuates this contrast. Broadly speaking, a first circle of tables and chairs is more invested by the international partners who lead the debates; a second circle is occupied by representatives of civil society, the national public sector and the private sector who play a more spectator role.
- 12 The main reason for the low participation of civil society and the public sector in CCMs is the inadequacy of the members' own characteristics (human, technical, financial and human resources) in relation to the mechanism created by the Global Fund. While the principle of "multisectorality" is attractive on paper - the fight against these epidemics requires the involvement of the whole society - it is translated into practice by inequalities in the interests, knowledge and skills of its members. Representatives of universities, trade unions, religious organizations or ministries other than the Ministry of Health (economy and finance, national education, family) are making up the numbers. Civil society members directly involved in HIV/AIDS are generally NGOs receiving funding from PEPFAR and/or the Global Fund, limited by these power relationships and unwilling to oppose their donors. They usually intervene to present a specific project but participate little or not at all in the debates. In addition, Ivorian community mobilization has also always encouraged collaboration for smooth changes in confrontation with national public authorities and donors - in the same way as the community sector against HIV/AIDS in Francophone Africa (Broqua, 2018). If bilateral and multilateral partners dominate the exchanges (50%), followed by representatives of the CCM and the FM (20%), it is also largely because they master the complexity of the procedures and operations of the constantly evolving Global Fund. The FM is part of these *Global Health Initiatives* (GHI) which have their own institutional architectures, funding mechanisms and management systems, subject to iterative changes that require continuous training for the actors involved. Especially since the FM was created very quickly (in 6 months) and conceptualized as a "*learning organization*" for more flexibility and transparency (Bartsch, 2005), which poses an additional difficulty for actors whose primary function is not this, i.e. actors other than international cooperation representatives and CCM agents. Their job descriptions generally include this representation on the CCM - if not their major function, as is the case for the PEPFAR "liaison officer" at the Global Fund, whose role is to ensure technical coordination between the two donors or for the regional health advisor in France.

At the discursive level: domination of an informal coalition of French/Francophiles and outnumbering of the Pefpar

- 13 There is an atmosphere of mutual goodwill among the members of international cooperation, with the common objective of resolving the dysfunctions of the CCM, for a better impact of this collaborative tool and Global Fund funding. The CCM is first and foremost a forum for sharing general information on the state of the fight against these diseases in the world and in Côte d'Ivoire, which can serve in particular as a forum for sharing Pefpar strategies and their national *operational* programmes (*Country Operational Plan - COP*)¹¹. The CCM gradually replaced the meetings between "technical and financial partners" that were formerly organized under the aegis of UNAIDS, but in which the silence of the Pefpar - despite being the main information holder - was criticized by the other stakeholders. Indeed, since 2014, Pefpar has been working towards greater transparency in the exchange of information with other bilateral and multilateral partners as well as with its information in general, as evidenced by the creation of the website <https://data.pepfar.gov/>, which allows all indicators to be monitored in real time. The creation of the "Pefpar-Global Fund" liaison post reflects this clear commitment to better coordination.
- 14 Concerning the positions taken within the CCM, the Pefpar tends to express a strategic vision that is more oriented towards impact research. This vision has relatively little resonance with an "informal coalition of French/French speakers" that has a vision that is more sensitive to multilateralism, "national ownership" and equity. Indeed, while French cooperation is directly present (regional health adviser and Service de coopération et d'action culturelle), other representatives of international partners or independent observers are French or have transited through the French system (UNICEF, PAC-CI, independent observer, European Commission) and reflect its values.

Agenda Questions

- 15 We will present here a revealing and symptomatic example of the situation described above: HIV testing. Since COP 14 (October 2014 - September 2015), Pefpar has been advocating for the cessation of screening in the general population, in order to develop targeted screening for people likely to be infected with HIV, in order to achieve better performance (or a high "seropositivity rate"), and to put an end to what it considers a waste of inputs. However, until 2018, the Global Fund maintained population-based HIV testing strategies, with a vision of testing that benefits both HIV-negative people (because it leads to behaviour change) and HIV-positive people (because it involves behaviour change and treatment). However, this gap is not so much a result of a gap in strategic visions between the Global Fund (which would give priority to accessibility) and the Pefpar (focused on impact) as it is of a gap in agendas. With its system of annual COPs, Pefpar's strategies are evolving rapidly, incorporating new UNAIDS recommendations, unlike those of the Global Fund which, at the time of the survey in Côte d'Ivoire (2016-2017), were still based on those of *Round 9*, drafted in 2009¹². At a General Assembly¹³, a representative of the Pefpar asked the CCM about the need to document test positivity rates, in order to avoid "spending a lot of money" on tests that would not identify people with HIV. These recurring invective on this issue is hardly echoed within the CCM, both on the lack of sharing of this impact-based vision with regard to a vision favouring equity in access to screening - regularly reaffirmed by the

national party - and on the CCM's inability to integrate new indicators and new guidelines during the grant period, the contractual indicator being the number of counselling and testing.

- 16 Another example is data management tools. PEPFAR is advocating for the adoption of their own system - called SIMS (*Site Improvement Through Monitoring Systems*) - which would allow a homogenization of HIV indicators in Côte d'Ivoire. There is talk of bringing the FM system into line with the PEPFAR system, while French cooperation prefers a simplified approach that is integrated into the national system. Expertise funded by the 5% Initiative has thus been mobilized to develop strategic monitoring tools adapted to the context. However, the CCM is more a space of cognitive dissension where certain principles (verticality/integration, bi/multilateralism, impact/equity) are opposed than a decision-making space where strategic issues are really at stake.

Material: U.S. financial support for the high but invisible CCM

- 17 USAID is the largest contributor to the functioning and capacity building of the Côte d'Ivoire CCM (€455,000 per year), far ahead of the government (€166,000 per year), the FM (€115,000 per year)¹⁴ or France (€95,000 in 2017 in technical support through the 5% Initiative). The FM refuses to allocate too much direct funding to CCMs, which must be provided by the national party. However, US funding is not provided directly to the CCM, but mainly through the US NGO *Management Sciences for Health* - which funds technical advisors (including one full-time), site visits and workshops - making this money invisible to the CCM: "I have just learned that USAID is contributing \$500,000 per year, but I don't see the color. It is invisible money, distributed by MSH, but diluted in administrative and other costs" (interview, member of the Executive Board, CCM-CI). The CCM therefore has very little financial autonomy, with little control over American and French technical support, and limited by the FM, which refuses to allocate too much direct funding out of respect for the principle of national ownership (so-called "counterpart" funding), as well as by the State, which, although mainly financing the salaries of contract staff (12 in Côte d'Ivoire), seconded officials (5 programme officers) and rent, does not fully support this *ad hoc* institution created exclusively for the FM. Thus, the PEPFAR sometimes fills the gap in funding provided by the FM - for example, by funding site visits, since the FM only provides 4 for the 3 grants per year - which ultimately puts pressure on technical and financial partners (Bartsch 2005).

PEPFAR's domination outside the CCM

Non-CCM negotiations and scoping effects

- 18 PEPFAR, the Global Fund and the national side hold high-level negotiations outside the CCM arenas. These exchanges take place at different moments in the "life" of the CCM. In its "daily life", the FM tends to ignore the CCM, in favour of direct exchanges with the PEPFAR, the national party and its principal recipients. For a long time, when the country team came on mission to Côte d'Ivoire, it did not visit the CCM, due to a busy agenda and the non-priority nature of the CCM (the country team is not evaluated on the performance of the CCM), which is no longer the case today. The CCM also has very few direct links with the PEPFAR, their direct interlocutor being the NGO MSH and the Global Fund Liaison Officer. The Executive Bureau and the CCM secretariat complain

that they do not have access to all strategic information, including that relating to PEPFAR. Meetings between the PEPFAR Country Office and the FM take place at the US Embassy, behind closed doors, while the country team meets with French cooperation during more informal meetings.

- 19 A striking example of these "scoping effects" produced by high-level preliminary negotiations is the drafting of Phase 2 of *Round 9* in 2013. At that time, donors were spread across Côte d'Ivoire, like a mosaic, whose coordination was becoming a major problem. The two main recipients of the MLF had received a severe evaluation from the Local Fund Agent (LFA) (B2 and C), which questioned the effectiveness of the MLF grants. It is in this context that a workshop was organised by the CCM to *draft 0* this extension request (May 2013). PEPFAR, in his capacity as Vice-Chair of the CCM, announced in the preamble that major decisions had been taken in a restricted circle: in particular, 70% of the funding would now be allocated to the purchase of inputs - a less "risky" and more impactful budget item, *via* the Global Fund's *Voluntary Pooled Procurement* mechanism. This meant that, given the limited amount dedicated to programmatic activities (community support, training, capacity building of laboratories and care facilities, etc.), it was decided to focus on only one of Côte d'Ivoire's 22 health regions (South Comoé). As a result, PEPFAR became the only technical support for the clinical sector in the other 21 regions. Few voices were raised against these decisions - civil society being very dependent on the PEPFAR and *de facto* bilateral actors absent. Despite *ex-post* attempts by French cooperation to influence this decision, it was ultimately non-negotiable - because it was decided between the PEPFAR, the FM and the national party - and was implemented from 2013.
- 20 This episode highlights several elements. On the one hand, the closed-door meeting held between the PEPFAR, the national side and the Global Fund generated a strong "scoping effect", paralysing any further discussion. The CCM has been relegated to the role of a registration chamber for decisions taken outside the CCM, which goes against the original principle of participation and alignment of grants with country needs. This is a classic criticism of participatory mechanisms, which tend to focus more on staging a deliberative process, which is part of an aesthetic of itself, whose symbolic significance takes precedence over the added value of collaborative decisions (Gourgues, 2018).
- 21 On the other hand, the asymmetrical power relations between the PEPFAR on the one hand - which holds a hegemonic position in the fight against HIV/AIDS in Côte d'Ivoire and within the FM - and the national party, civil society, other bi- and multilateral partners and the Global Fund on the other hand, are reflected within the CCM. Although the CCMs are based on the principle of equal participation among all its members, this episode highlights how this naïve vision tends to deny the power relationships in place, as do many participatory mechanisms (Cooke and Kothari, 2001). A heavy dependence on it paralyzes civil society organizations and the National Programme to Combat HIV/AIDS (PNLS), which it funds for key positions. In addition, the FM is under pressure to disburse its funding in order to justify the renewal of grants. There are few counter-powers, except for certain international cooperation actors (notably French) who struggle to play a substantial role in strategic decisions, within this configuration that is unfavorable to them. We also see here that PEPFAR can take over the Global Fund, using it to serve its interests: thanks to the massive purchase

of FM inputs, PEPFAR can display an apparent geographical dominance of Ivorian territory.

PEPFAR works, Global Fund reacts

- 22 Since PEPFAR holds a hegemonic position in Côte d'Ivoire - and in the HIV field more generally - it is in a position to develop its own strategies, so that other partners - including the FM - can align themselves with its decisions. At the end of *Round 9*, the CCM was invited to propose an application to extend this grant. Indeed, in September 2016, a 16-month latency period had opened until the new concept note following the New Funding Model (NMF) began in January 2018. The drafting of this note began at a pivotal moment: the PEPFAR had just announced its new strategy, COP 15, where it differentiated between health districts according to their expected impact. It now offered minimum service packages in the so-called "maintenance" districts (40 out of 79 health districts they support), where the objective was to keep HIV-positive people on treatment, without enrolling new ones, and developed more intensive strategies in the so-called "scale up to saturation" and "aggressive scale up" districts. This request to extend *Round 9* became an opportunity for the national party - and the CCM - to fill the districts left by the PEPFAR. The drafting committee drafted three successive versions in this spirit, each of which was rejected by the Global Fund, which did not wish to fill the gaps left by the PEPFAR and carry out actions in so-called "low impact" districts. The extension was finally granted in the same format as the previous phase (Phase 2 of *Round 9*), i.e. with technical support only granted in the South Comoé health region. The writing of an article in *Transversal* magazine, describing this process in detail (Bekelynck et al. 2016), generated strong reactions from the FM Country Team, stating during a visit to the Côte d'Ivoire CCM that their role was in no way to finance equitable access to services.
- 23 This episode highlights several facts. Defining its action programmes on an annual basis, in the form of a *Country Operational Plan* (COP), it has greater flexibility in its orientations, readjusting from one year to the next its priority areas, populations and strategies as well as its objectives. Despite the adoption of the more flexible format of the "concept notes", over a three-year format, the FM is struggling to keep pace and is doomed to a reactive position. This problem also occurs in the field. For example, even if discussions lead to a distribution between community NGOs, PEPFAR and FM operating in common health districts, the variability of PEPFAR's budgets and priority areas leads to a fragile balance that needs to be rebuilt each time the area and strategy change.
- 24 At the time of writing the extension request, the FM had the opportunity to adapt to the country's needs, especially since the drafting of the 2016-2020 National Plan to Combat HIV/AIDS had just been completed. However, this window of opportunity has not been seized, due to more structural issues. If PEPFAR is the first donor to the FM and both donors show their collaboration, there is competition between the two donors in a race for the best impact. This approach was accentuated in the early 2010's, with the stagnation of international resources (United Nations 2018). In 2012, the MLF adopted its New Funding Model (NMF), which aimed to have a greater and more sustainable impact in the fight against the three pandemics. Two years later, PEPFAR launched its Program "*PEPFAR 3.0: Controlling the Epidemic: Delivering on the Promise of an AIDS-free Generation*", targeting strategic investments for greater impact and efficiency. While there is convergence between the two donors on common practices, it is more a

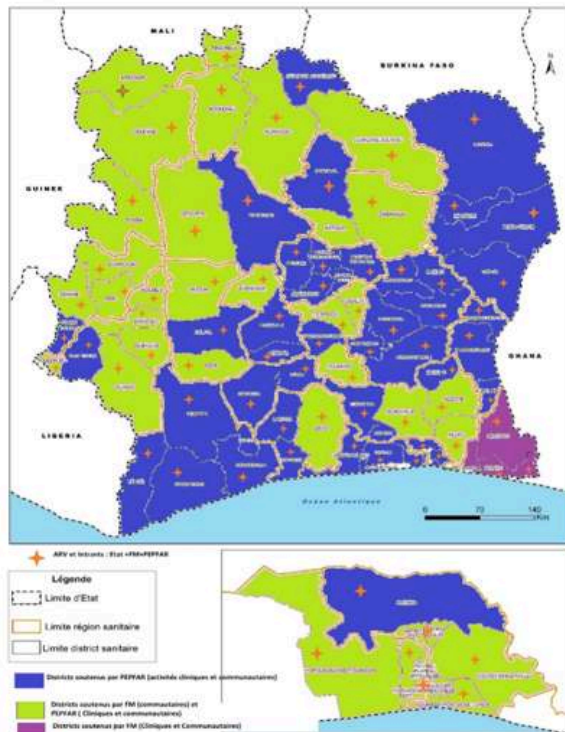
convergence of the FM towards those of the Pefar, where the justification of disbursements and efficiency takes precedence over the principles of national ownership and partnership (Tchiombiano, Nay, and Eboko 2018).

Cognitive and symbolic power

- 25 Finally, the power plays are observed at the *soft power* level, particularly in the production of scientific knowledge and the control of indicators. Pefar must justify the effectiveness of its actions to US taxpayers and Congress to renew its funding each year and the Global Fund to its donor countries, particularly at the replenishment conference. At the country level, *portfolio managers* must ensure that funds are disbursed for the country for which they are responsible, based on their performance, in order to renew future disbursements and grants. While their actions are intertwined and complementary, these two donors face the thorny question of the authorship of indicators, or even the "race for indicators" (Salais, 2004). On a presentation of their COP 15, the Pefar claimed to support 98% of people on ARVs in Côte d'Ivoire; while the FM, through the CCM's strategic monitoring tools - *dashboards* - and the Global Fund website, it is the national data that is collected on their behalf (despite the 10-15% contribution from the FM).
- 26 To assert its cognitive domination, the Pefar uses what Philippe Zittoun defines as a "formidable weapon": cards. (Zittoun 2006, 12). Among the "instruments of public action", the maps (and the indicators on which they are based) cover three main functions: 1) it is a tool for objectification, simplification and problematization, which contributes to the construction of a phenomenon into a "public problem"; 2) it is a means of legitimizing both the phenomena in question and the experts who support it; 3) it is a decision-making tool, which promotes action (Lascoumes and Le Galès 2005).
- 27 At the end of the 2000s, Côte d'Ivoire faced a certain "polyarchy" of its donors against HIV/AIDS. In 2009, the World Bank reinitialized its Multisectoral Emergency Programme to Combat HIV/AIDS (PUMLS, MAP¹⁵funds) by focusing on prevention and care activities in four regions (Mountains, Savannah, Lagoons, South Comoé) (\$20 million). In 2010, the Global Fund made a strong comeback, with the signing of *Round 9* for allocated budgets of \$39 million for Phase 1 (2011 - 2013) and \$94 million for Phase 2 (2013 - 2015). The objective of this grant was to cover 100 health sites in 29 health districts (20 of which had been managed by Round 2). Unicef was also active in mother-to-child transmission and the care of orphans and vulnerable children (OVCs), while Pefar was in the process of decentralizing its activities, with financial domination.
- 28 In order to coordinate this "polyarchy", avoid the traditional problems of development aid (duplication and blind spots) and overcome the tensions linked to the "paternity" of indicators, the main donors (Pefar, FM, World Bank, Unicef) joined forces in 2009. The purpose of this ad hoc coalition was to develop several maps (one for each programmatic area), under the formal coordination of the State. This exercise was ironically renamed by local actors the "Ivorian Yalta", underlining the symbolic importance of international financiers' appropriation of territories, sometimes to the detriment of the principle of national sovereignty. The complexity of this division has created major difficulties in the operational implementation of activities. In addition, some donors have seen their activities reduced or stopped. Following the post-electoral crisis, the World Bank withdrew. In addition, the effectiveness of the Global Fund was

successful posture illustrated by this map were raised during the drafting of the concept note (2017). In order to restore a more realistic view of the situation, the CCM wanted to develop a new map, including one for advocacy with the Global Fund, to show them that the grant was not limited to a health region (South Comoé), "to visualize where they are, to tell them 'this is where you are, and these are the gaps to fill in these areas'". (CCM Secretariat agent) (CF Card). This map surprised Geneva, realizing that the FM had many actions throughout the country. Thus, the analysis of the cognitive and performative power of these instruments allows us to put their apparent technicality and neutrality into perspective (Lascoumes and Le Galès 2005, 13).

Figure Distribution of donors in Côte d'Ivoire by CCM in 2017



- 30 This quest for recognition of the actions financed also takes place at the local level, on the perception that the beneficiaries of these funds have of each partner at the international level. A CCM officer said, "Maybe there are TV ads on FM grants, but in the field, it's not known... We need to know it's the FM! The Pefpar, they're very good at it. They want us to know what they did, they impose themselves. It's as if they're the only masters. They took a good part of Côte d'Ivoire, depending on the area, I decide, and I leave regions and areas to the national part... You have to fish in areas where you know you can have fish... Everyone today is talking about the Pefpar. The FM must be known, so that people do not get this fear of the FM" (agent of the CCM Secretariat). Indeed, in its bureaucratic operation and in the adoption of risk management tools, the FM has acquired a bad reputation among its beneficiaries, preferring the more direct, albeit highly pressurized, operation of the Pefpar.

Conclusion

- 31 The analysis of the Ivorian case highlights the extent to which the power struggles between the two donors, beyond their common objectives, are tinged with

instrumentalization and competition. These power relations tend to turn to the advantage of the PEPFAR, which, armed with its financial, strategic and cognitive power - and few counter-powers on the other side - develops its own orientations. This is one of the advantages of an asymmetrical bilateral relationship, which shapes the rules of the game, directing priority towards short-term impact. The latter takes precedence over issues of equity or national sovereignty. National actors - civil society and the public sector - are paralysed by their financial dependence. For its part, French cooperation is developing strategic options that are more oriented towards the long term and national ownership, in opposition to the dominant movement within the FM. As for the CCM, it cannot influence negotiations at the local level, ignored by the PEPFAR, or when it is taken into account, acting as a registration chamber, with significant "framing effects". This decline of the MF towards the search for strategic investments since 2012 has given rise to some criticism, particularly of its tendency to become a more vertical, donor-centred mechanism, with a priority to demonstrate the impact of investments and an underestimation of systemic and sustainable issues (Kapilashrami and Hanefeld, 2014). The current risk of the FM is to combine the disadvantages of both approaches, with the procedural and time-consuming nature of multilateral and "learning" organizations, without being able to justify a short-term impact equivalent to that of the PEPFAR.

- 32 The reaffirmation of the founding principles of the FM is now more of a legitimate rhetoric. When asked about the functioning of the PEPFAR, an FM agent in Geneva associated the functioning of the PEPFAR with a step backwards, with "colonialism". The Replenishment Conference today gives the MLF an opportunity to re-affirm its own values on which it has based itself, as opposed to vertical approaches, and to assume responsibility for playing on another field, that of equity, real ownership, with strong trust in national actors, while agreeing to produce less immediate and more sustainable results.

Bibliographical references

- 33 Bartsch, Sonja. 2005. "The Global Fund to Fight Aids, Tb and Malaria. Establishment, Current Issues and Future Challenges Sonja Bartsch." Salzburg: German Overseas Institute.
- 34 Bekelynck, Anne, Joseph Larmarange, Jean-Marie Masumbuko, and Philippe Msellati. 2016. "Le Fonds Mondial : Un Bailleurs Comme Les Autres ? L'exemple de La Côte d'Ivoire." *Transversal*.
- 35 Bilimoria, Natasha F. 2012. "Lessons Learned From A Decade Of Partnership Between PEPFAR And The Global Fund: A Case Study From Tanzania." *Health Affairs* 31 (7): 1415–21. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0229>.
- 36 Broqua, Christophe. 2018. *Se Mobiliser Contre Le Sida En Afrique : Sous La Santé Globale, Les Luttes Associatives*.
- 37 Cooke, Bill, and Uma Kothari, eds. 2001. *Participation: The New Tyranny?* 4th ed. edition. London ; New York: Zed Books.
- 38 Gourgues, Guillaume. 2018. "Participation : trajectoire d'une dépolitisation." *Revue Projet* N° 363 (2): 21–28.

- 39 Kapilashrami, Anuj, and Johanna Hanefeld. 2014. "Meaningful Change or More of the Same? The Global Fund's New Funding Model and the Politics of HIV Scale-Up." *Global Public Health* 9 (1-2): 160-75.
- 40 Kates, Jen, Adam Wexler, Eric Lief, and Unaid. 2019. "Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2018."
- 41 Lascoumes, Pierre, and Patrick Le Galès. 2005. "Introduction : l'action publique saisie par ses instruments." In *Lascoumes, Piere et Patrick Le Galès (dir.) Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, 11-44. Paris. http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SCPO_LASCO_2005_01_0011.
- 42 Oomman, Nandini, Michael Bernstein, and Steven Rosenzweig. 2007. "Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique Uganda and Zambia." <http://www.popline.org/node/199919>.
- 43 Salais, Robert. 2004. "La Politique Des Indicateurs. Du Taux de Chômage Au Taux d'emploi Dans La Stratégie Européenne Pour l'emploi (SEE)." In *Action Publique et Sciences Sociales*, B. Zimmermann (Dir.). Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- 44 Severino, Jean-Michel, and Olivier Ray. 2012. "La fin de l'aide publique au développement : les enjeux de l'action hypercollective." *Revue d'économie du développement* Vol. 20 (2): 83-142.
- 45 Summers, Todd. 2017. "The Global Fund and PEPFAR: Complementary, Successful, and Under Threat." Washington D.C.: Center for Strategic & International Studies (CSIS), Global Health Policy Center HIV working group.
- 46 Tchiombiano, Stéphanie, Olivier Nay, and Fred Eboko. 2018. "Chapitre 5. Le Pouvoir Des Procédures Les Politiques de Santé Mondiale Entre Managérialisation et Bureaucratisation: L'exemple Du Fonds Mondial En Afrique de l'Ouest." In *L'Etat Réhabilité En Afrique. Réinventer Les Politiques Publiques à l'ère Néolibérale*. Paris: Karthala.
- 47 United Nations. 2018. "Report of the UN Secretary-General on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declarations on HIV/AIDS (72nd Session of the General Assembly, 3 April 2018)." Washington D.C.
- 48 Zittoun, Philippe. 2006. "Indicateurs et cartographie dynamique du bruit, un instrument de reconfiguration des politiques publiques?" *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, no. Dossier 8 (December). <https://doi.org/10.4000/developpementdurable.3261>.

NOTES

1. PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS Relief) was founded in 2003 by US President George W. Bush. Until the end of its mandate, this program was commonly referred to as the "Bush Plan".
2. <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

3. See also Stéphanie Tchiombiano's contribution to this volume.
4. accessed 5 September 2019
5. consulted on 24 September 2019; the remaining 11% is supported by the national part
6. CDC Retro-CI: https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/cote-d-ivoire/pdf/Cote-D-Ivoire_Factsheet.pdf
7. Most of PEPFAR's funds in Côte d'Ivoire are managed by the CDC and the *U.S. Agency for International Development* (USAID), with contributions from the Department of Defense (DoD), the Department of State (DoS), the Administration des Ressources et Services de Santé (HRSA), and the Institut National de la Santé (INS), <https://ci.usembassy.gov/fr/our-relationship-fr/pepfar-fr/quest-ce-que-le-pepfar/>
8. At the time of the survey, the Côte d'Ivoire CCM had the particularity of being structured into thematic committees (HIV/AIDS, malaria, tuberculosis, health systems strengthening, finance).
9. Following the election of the Executive Board of the GA on 19 November 2015
10. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), Ivorian site of the Agence nationale de recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales française (PAC-CI)
11. For example, at the meeting on 7 March 2017, where COP 17 was presented to the AIDS Committee.
12. Côte d'Ivoire benefited from Round 9 in 2009, initially for a period of 5 years (3 years, renewable for 2 years). Following various delays and crises (initial signature delayed, post-electoral crisis in 2010-2011, Global Fund crisis in 2011), the Round 9 grant ran until September 2016 (Phase 1: 2010-2013; Phase 2: 2013-2016), with an extension granted until January 2018.
13. AGM of 25.02.2016
14. Source: CCM of Côte d'Ivoire
15. The MAP, *Multi-country AIDS Programme*, is the World Bank's programme against AIDS, launched in the early 2000s for renewable five-year periods.
16. In 2010, Côte d'Ivoire received the Global Fund's Round 9 grant. However, very quickly, several difficulties slowed down its implementation: a post-electoral crisis, the country's administrative capacity considered insufficient by Geneva, the significant turn over of the principal recipients, the Ministers for the fight against HIV/AIDS, the presidents of the CCM (Country Coordinating Mechanism) and the portfolio managers of Côte d'Ivoire (4 in 2 years). In the end, the funds are only released in 2012. Ad hoc cooperation platforms are being set up to manage these gaps created by this latency period. In addition, a whole group of NGOs and associations are technically unemployed.
17. The "Pepfar system" is based on the mediation of partner NGOs (mainly American), responsible for training and providing technical and material support to health centres (public and private), as well as community-based (CBO) or faith-based (FBO) organizations. In 2009, 80% of international funds were allocated to international NGOs and multilateral agencies' country offices, 8% to other national private organizations, compared to 12% allocated directly to the public sector (CNLS Côte d'Ivoire 2010).

ABSTRACTS

Executive Summary

Today, the Presidential Emergency Plan for AIDS Relief (Pepfar) and the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria contribute 67% and 21% respectively (including 30% from the United States) to the fight against HIV/AIDS. Despite different principles, these two initiatives are generally presented as complementary and united towards the same common goal: ending the HIV epidemic. This contribution analyses the power relations of these two actors in the field, through the case study of Côte d'Ivoire, which has the particularity of being mainly financed by Pepfar (70-80%), although not a priority; while being a priority country of the MF, although it only finances 10% of the AIDS budget. It is the result of qualitative research, combining observations from meetings of the Country Coordinating Mechanism - CCM (16) and interviews with members of the CCM Executive Board, civil society, international cooperation (French, American, Unicef) and the public sector. Within the CCMs, we have observed a dominance of the participation of international cooperation actors, and a relative minority of American partners in their positions, compared to an informal coalition of French and/or Francophones. Real influence is exerted outside the CCMs, through high-level negotiations that generate decisive scoping effects on CCM decisions; as well as through the Pepfar's operational mode of action, based on autonomy and the implementation of its own priorities, which devotes the FM to a reactive position. Since the adoption of the New Funding Model (NFM), the functioning of the FM has converged with that of the Pepfar. The risk is that it combines the disadvantages of both approaches, with the procedural and time-consuming nature of multilateral and "learning" organizations, without being able to justify a short-term impact equivalent to that of Pepfar.

Les partenaires internationaux dans l'instance de coordination du Fonds Mondial au Cameroun : des reconfigurations à l'aune d'une gouvernance instrumentalisée

Muriel SAME EKOBO and ABDOULKADRI

- 1 La formalisation de la politique de santé du Cameroun est en grande partie prescrite par les institutions internationales depuis plusieurs décennies. Emblématique de l'ère de la gouvernance et du partenariat dans les pays à ressources limitées (Guilbaud, 2015), elle place le secteur public dans une situation paradoxale, où l'Etat appelé à impulser, animer, encadrer l'action publique, doit aménager des relations équilibrées avec ses partenaires. Entre cette dynamique partenariale qui encadre l'Etat (Eboko, 2015) et le processus d'extraversion qui est le corollaire de cette situation (Bayart, 1999).
- 2 Cet article est issu du projet Gouvernance et sida en Afrique (ANRS 12315) coordonné par la Fondation Paul Ango Ela de Géopolitique en Afrique centrale (FPAE). Il s'appuie sur les entretiens menés avec les membres titulaires et suppléants représentant les partenaires internationaux au développement dans l'instance de coordination nationale du Cameroun, entre juin 2015 et février 2016 ¹.
- 3 Le Fonds Mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme contribue fortement au Cameroun - comme dans la plupart des 124 pays en développement où il intervient (Fonds Mondial, 2019) - à la lutte contre ces trois pandémies majeures en termes de morbidité, de mortalité et même de prévalence, en l'occurrence, le sida (300 millions U\$) paludisme (250 millions U\$) et la tuberculose (30 millions U\$). Depuis 2002, le pays a bénéficié à plusieurs reprises de l'appui du Fonds Mondial, avec 7 subventions pour la lutte contre le sida, 5 pour le paludisme et 3 pour la tuberculose (Fonds Mondial, 2019).

- 4 Du fait de son fonctionnement et son organisation, le Fonds Mondial projette son instance de coordination nationale (ICN) comme un acteur essentiel dans le paysage de la santé. Usuellement appelée par son acronyme anglais CCM (*Country Coordinating Mechanism*), cette instance supervise les demandes de financement, la mise en œuvre et l'utilisation des subventions octroyées aux structures locales. Le CCM du Cameroun est composé de 55 membres représentant le secteur public, les partenaires privés, la société civile (associations civiles ou confessionnelles, organisations non gouvernementales) et les partenaires extérieurs. Les rapports entre ces membres et le jeu des institutions qu'ils représentent, conditionnent donc l'efficience et l'impact des stratégies de lutte contre les maladies.
- 5 Depuis 2014, le Nouveau modèle de financement du Fonds Mondial (NFM), plus managérial, et orienté vers l'élargissement de l'accès au traitement et la prévention, exige des résultats et des performances sur la base d'indicateurs communs². Cela amène à renforcer les soutiens aux pays les plus méritants et à se désinvestir des « mauvais élèves ». Dans ce contexte de compétitivité et de compétition, dramatisé par la baisse des promesses de dons et l'éventualité d'un déclassement du Cameroun (en entrant dans la catégorie « pays à revenus intermédiaires » il perdrait l'éligibilité en qualité de « pays pauvre »), le rôle des partenaires internationaux, discret en apparence, est crucial.
- 6 Si la place des partenaires internationaux peut sembler banale dans son historicité (la plupart sont présents depuis la décolonisation du Cameroun) et normée par les exigences du Fonds Mondial, elle reste néanmoins singulière au Cameroun et suscite de nouvelles configurations. D'une part, ils représentent les principaux donateurs et les institutions internationales dans le champ de la santé (Nkoa *et al.*, 2010). Dans ce sens ils apparaissent comme les garants du respect des procédures du Fonds Mondial. D'autre part, l'État camerounais, qui s'est déjà heurté à des rejets de demandes, reste soucieux de sa souveraineté nationale. Il cherche à minorer le poids des interventions étrangères dans ses politiques publiques et dans le budget national. Cela se traduit par la part très modeste de la catégorie « partenaires au développement » au sein du CCM : entre 6 et 9 membres sur la période 2002-2019, soit entre 10 % et 15 % du total des membres du CCM.
- 7 Dans quelle mesure la participation de ces partenaires au développement au CCM reste-t-elle encore légitime et efficace ? Comment accompagnent-ils le fonctionnement du CCM ? Entre interférence et indifférence, de quelle résilience font-ils preuve ?

Les partenaires au développement, un rôle fondamental

- 8 Depuis l'indépendance du Cameroun, les acteurs étrangers ont une part reconnue et effective dans l'aide au développement, notamment dans le secteur de la santé. Leur intégration dans le CCM a indubitablement été imposée par les critères du Fonds Mondial, mais elle n'est ni surprenante ni déstabilisante au regard des acteurs camerounais car ils sont issus de la coopération bilatérale entre Etats (Allemagne, Etats-Unis, France) ou multilatérale (Organisation Mondiale de la Santé ONUSIDA, une plateforme d'organisations non gouvernementales internationales, Management Sciences for Health).

Un poids financier conséquent

- 9 Les États-Unis, la France et l'Allemagne étant les principaux donateurs du Fonds Mondial avec respectivement 15 milliards U\$, 4,6 milliards U\$ et 2,8 milliards U\$ de contributions cumulées, soit plus de la moitié des contributions totales (41,6 milliards U\$) entre 2002 et 2019, la participation de leurs représentants au CCM du Cameroun porte une signification économique et politique forte, corrélée aux traités de coopérations engagés entre le Cameroun et ces États depuis les années 1960. L'Allemagne et la France sont les principaux bailleurs de fonds des programmes nationaux sectoriels de santé et financent plusieurs antennes locales de leurs propres agences investies dans le champ de la santé (Centre Pasteur, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), Institut de recherches pour le développement (IRD), Agence universitaire pour la francophonie (AUF) etc.)
- 10 L'État camerounais n'alloue que 5 % de son budget à la santé, ce qui est loin de l'engagement d'Abuja (au moins 15 %) et de l'effort déployé par d'autres États africains au Produit Intérieur Brut (PIB) semblable. Il ne finance que 16 % des dépenses totales de santé, les ressources extérieures représentant 13% et les dépenses privées (ménages essentiellement) 71 % (Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSNLP, 2018). De fait, la contribution du Fonds Mondial est indispensable pour la politique de lutte contre les maladies. En 2014, le Fonds Mondial apportait quasiment la moitié du financement de la lutte contre le sida (47 %). Même si le Cameroun a pu faire valoir sa « volonté à payer » à hauteur de 28 %, c'est à dire la part pays exigée dans le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial, cela reste en dessous de ce que consacrent d'autres pays de profil semblable, comme le Sénégal ou la Côte d'Ivoire.
- 11 L'association partenaires bilatéraux/partenaires multilatéraux représentant les grandes institutions internationales de la santé, comme l'Organisation Mondiale de la Santé et l'ONUSIDA, donne à la catégorie « partenaires au développement » une place centrale dans le dispositif du CCM, sans relation avec le faible nombre de membres et sans équivalent comparé aux autres catégories de taille semblable (organisations de la société civile, secteur privé, communautés affectées).

Une capacité d'expertise avérée

- 12 Les partenaires au développement représentent une contribution financière déterminante pour le Cameroun, et ils disposent par ailleurs d'une expérience des dispositifs internationaux ou des systèmes de santé d'autres pays qui leur ajoute des compétences appréciables en termes d'assistance technique.
- 13 Plusieurs des membres participant au CCM du Cameroun ont une longue expérience dans les institutions internationales, notamment celles de la santé ou celles du système onusien. Certains ont même exercé dans d'autres CCM avant d'être affectés au Cameroun, au Tchad ou en Centrafrique par exemple. Ils ont une bonne connaissance des autres dispositifs de financement de lutte contre les maladies (PEPFAR, GAVI, UNITAID, CCIA, *Roll Back Malaria...*), auxquels ils sont souvent amenés à participer par ailleurs. Ils sont impliqués dans de multiples activités périphériques aux structures sanitaires, programmes de gouvernance médico-sanitaire, de formation universitaire, de recherche scientifique, de conseil médical, etc. De fait, ces membres sont à même d'avoir une vision globale du fonctionnement et de l'impact des politiques de santé, à l'échelle régionale comme internationale.

- 14 Cet atout est renforcé par un *soft power* informel. En effet, la porosité des liens sociaux et personnels propres aux milieux d'expatriés, dans un environnement où les interlocuteurs sont en nombre restreint et portent souvent plusieurs casquettes, est une réalité. Les relations professionnelles ou diplomatiques entre représentants les amènent souvent à développer des liens personnalisés. Leur mode de vie suscite souvent des occasions de rencontres informelles. Ils ont ainsi l'habitude de mutualiser leurs savoirs sur les différents interlocuteurs en amont et en aval, dans d'autres institutions internationales, dans la filière pharmaceutique et médicale, les organisations non gouvernementales ou les associations de patients, entre autres. Ils sont capables de mettre en place des réseaux officiels ou officieux pour recouper les informations. Les trajectoires personnelles révèlent des parcours très différenciés, variant d'une connaissance approfondie ou superficielle de la société camerounaise à une pratique ancienne ou récente des institutions internationales du développement. Plusieurs de ces membres sont directement connectés à leur ambassade, en tant qu'employés et personnes ressources, ce qui ajoute une dimension stratégique à leur participation au CCM.

Un regard ambivalent

- 15 Le recours à différentes expressions pour désigner les partenaires internationaux du CCM du Cameroun traduit néanmoins les contours vagues de la catégorie qui leur est assignée. Ils sont qualifiés de « Partenaires techniques et financiers » dans le langage du ministère de la santé publique et des organisations internationales, « Partenaires internationaux au développement » ou « Partenaires multilatéraux et bilatéraux » dans l'organigramme de présentation du CCM. La confusion est renforcée lorsque la frontière national/international n'est pas évidente. Par le jeu des titulaires et des remplaçants, certains représentants des institutions internationales sont Camerounais. Des représentants de coopération bilatérale animent des organisations non gouvernementales, qui peuvent être des antennes locales de structures internationales tout comme des représentants des organisations de la société civile siègent pour le compte des organisations non gouvernementales nationales ou internationales.
- 16 En réalité, la plupart des partenaires internationaux semblent confinés dans une nébuleuse d'acteurs étrangers de différents statuts, distingués essentiellement par leur qualité. Du fait de leur nature exogène et de leur culture professionnelle, ils présentent souvent un front uni. Cependant, ils ont des motivations, des capacités d'agir diverses et des agendas spécifiques. Les coopérations américaine, française et allemande accompagnent depuis plusieurs décennies le système de santé camerounais (Gruénais, 2001), mais elles ne sont pas les seules : la Chine, la Belgique, les Pays-Bas et le Japon développent divers programmes d'infrastructures, d'équipements et de formation. Aussi les enjeux de visibilité, d'originalité et d'ancrage dans le pays prennent-ils de plus en plus d'importance.
- 17 A une échelle plus individuelle, ces représentants des partenaires au développement semblent entretenir des rapports égalitaires entre eux mais l'influence des milieux socioprofessionnels, du genre ou de leurs trajectoires individuelles au Cameroun ne les met pas au même niveau et ne leur procure pas les mêmes marges de manœuvre pour jouer leur rôle au sein du CCM. Les différences de genre (masculin/féminin) et d'origine (une majorité d'Européennes représentent des partenaires bilatéraux, une minorité d'Africains représentent des partenaires multilatéraux) et la diversité des expériences

professionnelles (grandes agences internationales versus organisations non gouvernementales, culture managériale versus service public) ont certainement une part importante dans la nature de la relation entre membres représentant les partenaires au développement et dans leur relation aux autres membres du CCM, hommes Camerounais pour la plupart. Également, la position en tant que titulaire ou remplaçant, l'ancienneté et la régularité de la participation donnent plus de poids à certains que d'autres.

- 18 Comment jouent-ils leur rôle dans le CCM ?

Les partenaires internationaux dans le CCM : des relations multisectorielles déséquilibrées

- 19 Au cours des entretiens menés auprès des membres représentant les partenaires internationaux au développement du CCM du Cameroun, il nous est apparu que la relation entre les différentes catégories était notoirement déséquilibrée et que ce déséquilibre nourrissait de nombreux dysfonctionnements en termes de procédures et de démocratie.

Gouvernance partenariale ou bipolarité ?

- 20 La représentation quadripartite au sein du CCM obéit à un équilibre présumé entre Etat, société civile, secteur privé et partenaires extérieurs. Cependant, au Cameroun, la surreprésentation du secteur public (plus de 40 % des membres) réduit souvent les décisions à un rapport de force en faveur ou contre le gouvernement³. Nonobstant ce déséquilibre, la nature des relations entre les différentes parties et le pro-activisme de certaines catégories d'acteurs n'offrent pas les conditions d'une véritable discussion préalable aux choix.
- 21 Pendant que la voix du secteur privé, représenté par à peine quatre membres siégeant rarement, est inaudible, et que celle des associations confessionnelles se fait discrète, celle des communautés affectées par le sida et le paludisme fait souvent écho à celle des partenaires internationaux. Ils ne sont d'ailleurs pas dupes d'une certaine instrumentalisation qu'ils assument : les organisations de la société civile attendent des partenaires internationaux qu'ils les soutiennent, soulignent-ils, et elles leur reprochent de ne pas assez le faire⁴. Les relations avec les organisations de la société civile ont de multiples dimensions. Considérant que les membres des organisations de la société civile sont les seuls à porter la voix des patients dans le CCM camerounais, notamment des puissantes associations comme *Positive Generation* ou *Malaria No More*, les partenaires internationaux sont attentifs à leur collaboration et soulignent leur complémentarité. C'est aussi une stratégie d'alliance pour obtenir un nombre de votes en balance avec celui du secteur public.
- 22 Néanmoins, la plupart des compromis sur les questions sensibles sont obtenus en dehors de la procédure de vote. Ainsi, la définition des populations-clés renvoie systématiquement le Cameroun à ses contradictions entre principes et pragmatisme. Question sensible s'il en est, l'homosexualité pénalisée au Cameroun amène théoriquement le gouvernement à « légitimement » exclure les homosexuels de l'accès aux soins/traitements et il est quasiment impossible pour les partenaires internationaux, extrêmement sensibles aux droits humains, de bloquer cette décision

par le vote car les organisations de la société civile sont divisées sur la position à adopter sur le sujet ⁵. Plusieurs, notamment les associations d'obédience catholique ou musulmane, rejoignent la position du gouvernement. D'autres militent pour la dépénalisation et la reconnaissance du genre. En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé considérant qu'il fallait plus s'attacher à « la maîtrise suffisante du sujet » qu'à la loi camerounaise, a demandé une étude pour l'évaluation des populations-clés définies à partir des indicateurs internationaux de forte prévalence (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe, addictions aux drogues...). Dans la pratique, le président du CCM ayant dit publiquement que la prise en charge des homosexuels ne constituait pas un sujet de crispation, les opposants ont évité de prendre la parole lorsque le thème a été abordé, puis la note conceptuelle n'a pas évoqué le sujet. En revanche, la suggestion faite par les représentants des partenaires au développement d'appuyer des centres alternatifs de Douala et de Bafoussam, dédiés au soutien (médical, psychologique, juridique) aux homosexuels et aux associations, n'est plus apparue dans la version finale de la note conceptuelle ⁶.

- 23 La rédaction de la note conceptuelle au cours du mois de juin 2015 témoigne également du flou procédurier qui règne au CCM ⁷. Un représentant des partenaires au développement a pu témoigner de son désarroi partagé par d'autres. Pourquoi certains référents, comme ceux du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) ont été écartés tandis que d'autres sont été intégrés ? Qui rédige en réalité, quelle version est retenue ? Qui la valide ? Qui la transmet ? Quel retour en est fait aux membres du CCM ? Les délais relativement courts entre la soumission, la validation et l'envoi, les convocations du jour au lendemain, ont à coup sûr empiété sur la qualité de la réflexion de fond, avec en sus de nombreux points techniques sur lesquels la plupart des membres n'avaient pas de compétence. Surtout, les membres se sont alarmés de n'avoir aucun moyen de contrôle pour savoir si leurs remarques avaient été prises en compte, même lorsqu'ils prennent le soin d'envoyer une transcription écrite. Par exemple, ils ont demandé que les réfugiés soient inclus dans le public-cible.

Partage de territoire et délégation : des compromis fragiles

- 24 Il n'est pas fréquent de pouvoir trouver des compromis. Les relations de méfiance suscitent des stratégies d'évitement qui débouchent sur une sorte de partage de territoire. Les représentants du secteur public se sentent agressés par les partenaires internationaux. Leur susceptibilité se manifeste dès lors qu'une question est posée par un représentant des partenaires au développement ⁸. Il arrive qu'ils s'irritent et quittent la salle à l'occasion d'une question qu'ils estiment inopportune : questions sur la prise en charge médicale, demande de grille d'évaluation, vérification d'indicateurs etc. Aussi, les représentants des partenaires au développement utilisent régulièrement l'abstention pour ne pas être mis en accusation. C'est dans ce sens qu'ils ont refusé la vice-présidence du CCM qui leur était proposée, arguant qu'ils étaient d'abord là pour accompagner, observer ou conseiller.
- 25 De l'autre côté, les représentants du secteur public sont souvent absents au moment de la revue périodique des subventions, peut-être une façon de montrer du dédain pour un exercice maîtrisé par les partenaires internationaux. Ces « tensions énormes », relevées par tous nos interlocuteurs, ne sont pas propres à la relation partenaires intérieurs/ partenaires extérieurs au sein du CCM. Elles reflètent les problèmes de gouvernance du

Cameroun. « Chaque pays à le CCM qu'il mérite » a pu s'exclamer un membre représentant les partenaires au développement en 2015.

- 26 Si les partenaires au développement s'entendent entre eux sur les priorités à défendre (notamment le relais de la société civile), ils n'arrivent pas systématiquement à en convenir des modalités. Certains membres sont dans une revendication vive, voire procédurière (recours au vote blanc, au veto, exigence du quorum...), tandis que d'autres sont dans le consensus à tout prix, au point, par exemple, de refuser de geler la subvention à un bénéficiaire pourtant peu scrupuleux, ayant maquillé comptes et résultats. La polémique sur le choix des bénéficiaires de la subvention du Fonds Mondial qui a éclaté fin 2015 dans le CCM du Cameroun a aussi révélé des divergences entre partenaires internationaux⁹. Certains estimaient que le récipiendaire pouvait tout à fait choisir le bénéficiaire. D'autres tenaient à ce que le CCM désigne le bénéficiaire principal et le bénéficiaire secondaire, contrairement à la prescription du Fonds Mondial indiquant que le bénéficiaire principal choisit le bénéficiaire secondaire. Si tous pensaient qu'un mécanisme de contrôle était indispensable, ils ne s'accordaient pas sur l'idée qu'il soit ou pas issu du CCM. Derrière cette querelle, il s'agissait surtout de mesurer si cette prérogative renforcerait ou affaiblirait le CCM.
- 27 Un autre phénomène témoignant de la fragilisation des relations est celui de la délégation entre membres représentant les partenaires au développement (Entretiens). Certains États donateurs estiment qu'ils ont une capacité financière mais pas technique et ils s'en remettent aux autres partenaires : « vous choisissez, nous payons ». D'autres se retrouvent écartelés entre leur positionnement pour le CCM et leur action dans d'autres instances de coordination ou de coopération en santé implantées de longue date au Cameroun (Comité d'orientation et de suivi du Contrat désendettement et développement (COS-C2D), coopération allemande (GIZ), coopération américaine (USAID) etc.) ou des organisations non gouvernementales, et qui n'ont pas forcément la même approche des questions posées. Ils sont alors tentés de donner procuration à leurs pairs ou de se retirer pour ne pas se retrouver en conflit d'intérêt. Dans une certaine mesure, tout cela participe de l'inertie du CCM.
- 28 La France, l'Allemagne et les États-Unis qui ont chacun une relation bilatérale spécifique avec le Cameroun du fait de leurs liens historiques et qui ont, au même titre, une relation bilatérale spécifique les uns avec les autres, mettent parfois leurs représentants dans l'embarras. La frontière entre le jeu délicat de la représentation diplomatique, des relations de politique extérieure et des problématiques sanitaires est extrêmement ténue, et il n'est pas toujours possible au cours d'une séance tendue du CCM de la respecter.

L'État camerounais et les partenaires internationaux : entre défaillances et résistances

- 29 Les tensions entre un pouvoir centralisateur et des acteurs qui se considèrent comme participatifs contrarient les possibilités de coordination. Pourquoi enferment-elles l'État camerounais dans des échecs contradictoires avec sa volonté de garder la main ?

Des objectifs en berne

- 30 La gabegie administrative et les faibles performances semblent dominer le paysage sanitaire camerounais et masquent les initiatives des agents publics sur le terrain pour compenser les manquements et inventer des réponses à l'urgence des situations. Hormis le programme de lutte contre la tuberculose, presque tous les objectifs des programmes nationaux de lutte contre le sida et le paludisme ne sont pas atteints depuis vingt ans (Samé Ekobo, 2008, 2009), alors que d'autres pays de profils semblables, comme le Sénégal ou le Kenya, affichent de véritables réussites. Les statistiques sont sous-estimées ou surestimées pour cacher leur décalage avec les « Objectifs du millénaire pour le développement ». Plusieurs scandales ont mis au jour des affaires de corruption, de détournements de fonds, d'enrichissements personnels, à l'origine de la pénurie d'antirétroviraux en 2012, ou de la mauvaise distribution des moustiquaires imprégnées en 2015, pour ne citer que ces exemples. Leur médiatisation, leur judiciarisation et l'inscription du suivi-évaluation dans l'agenda des programmes de lutte contre les épidémies témoignent toutefois d'une relative prise en compte la transparence.
- 31 Les rapports administratifs des différents plans nationaux de lutte contre le sida, le paludisme ou la tuberculose notifient tous un faible taux d'exécution budgétaire des programmes. Actuellement, moins des deux tiers du budget de la santé sont consommés à l'échéance (Ministère de la santé, 2016). Cela concerne plus spécifiquement les lignes budgétaires dédiées à la prise en charge, la surveillance épidémiologique, le plaidoyer et la communication mass media ou sociale. Ces éléments trahissent les défaillances de l'ensemble du système de santé.
- 32 La « dérégulation morale, sociale, économique » induite par la captation des ressources intérieures et extérieures et la mobilisation des élites administratives est utilisée par le régime en place depuis trois décennies pour se maintenir au pouvoir (Eboko, Awono, 2018). Il n'est pas surprenant que le CCM en soit considéré comme un potentiel rouage, de manière fantasmée ou réelle car la configuration du régime politique valorise davantage l'allégeance politique que la réussite de l'action publique. Comprendre ce « gouvernement perpétuel » (Owona, Nguini & Menthong, 2018) est crucial pour appréhender la relation des pouvoirs publics avec leurs partenaires.
- 33 Enfermés dans un système de clientélisme qui détermine leurs trajectoires personnelles, les représentants du secteur public au sein du CCM restent susceptibles à toute remise en question, notamment de la part des représentants des partenaires au développement qu'ils considèrent souvent comme trop offensifs¹⁰. Ainsi, en ne donnant pas suite à la proposition des partenaires au développement de fusionner les stocks de médicaments provenant de différents bailleurs parce qu'il préférerait présenter trois programmes plutôt qu'un, le ministère de la santé a montré qu'il était plus attaché à l'affichage qu'à l'efficacité de sa politique. Loin d'insuffler une dynamique constructive, « les déclarations des représentants du secteur public se limitent à montrer ce qui marche bien et à évoquer par des phrases ambiguës ce qui ne marche pas », reprochait l'un de nos interlocuteurs. Il est vrai que la personnalité des quatre ministres successifs de la santé et leur investissement inégal durant leurs mandats et des « rounds » du Fonds Mondial participe d'une dynamique en dents de scie du CCM, entre activisme et attentisme.

Enjeu de souveraineté, incompétence ou résistance ?

- 34 Les lenteurs dans le suivi administratif, les retards systématiques aux réunions, les séances différées et l'absentéisme récurrent de plus de 40 % des membres représentants du gouvernement désespèrent les autres membres et notamment ceux représentant les partenaires au développement ¹¹. S'agit-il d'une politique de la chaise vide, d'une forme de résistance passive ou d'une incompétence des acteurs publics du CCM ?
- 35 De façon assez unanime, les représentants des partenaires au développement estiment qu'il n'y a pas assez de délibération et de véritable usage du vote dans le CCM. Les réunions sont chronophages et peu efficaces car elles ne sont pas organisées. Les informations ne sont pas partagées, il n'y a pas de documents préparatoires et les procès-verbaux des réunions ne sont jamais transmis. « Le CCM semble se réunir pour répondre à la demande du bailleur de fonds, mais pas avec la conviction que cela est nécessaire » constatait l'un de membres en faisant le bilan de deux ans de participation. Il n'y a pas de sentiment d'équipe, encore moins le sentiment de participer à quelque chose d'important pour le pays, pour la société, concluait-il. Là aussi, cette forme d'attentisme relègue le CCM au statut d'une instance d'affichage. Il traduit autant le désinvestissement de fonctionnaires camerounais face à ce qu'ils perçoivent comme des consignes venant du « haut » ou de l'extérieur sans qu'ils puissent se les approprier.

Entre opacité et confidentialité

- 36 L'attitude des représentants du secteur public met constamment le fonctionnement du CCM dans une situation entre opacité et confidentialité. Surpris, et peut-être même offusqués, du refus des représentants des partenaires au développement de participer au Comité de Suivi et de Stratégie qu'il a fallu mettre en place fin 2014 pour entrer en conformité avec les nouvelles normes du Fonds Mondial, ils n'ont pas donné suite à leur proposition d'élaborer une grille d'évaluation. Certains des représentants des partenaires au développement étant à la tête de structures fournissant des antirétroviraux par exemple, ils estimaient alors qu'ils ne pouvaient être juges et parties. Une sensibilité au conflit d'intérêt qui n'a pas été perçue comme telle de la part du secteur public : huit mois plus tard, les partenaires au développement et les autres membres du CCM convoqués à une réunion sur les conclusions du Comité de Suivi Stratégique s'étonnaient non seulement de sa constitution (sur quelles bases ? A partir de quels documents de référence ?), mais aussi de ses activités (où et dans quelles conditions avaient-elles été menées ?), sans que la réunion puisse leur apporter des réponses claires.
- 37 Parallèlement, ils regrettent de ne pas être utilisés au regard de leur expérience. Un membre, en charge pendant cinq ans des « dossiers pays » au Fonds Mondial avant son affectation au Cameroun, révèle avoir été accueilli avec suspicion et méfiance plutôt que soulagement. Il s'étonne de n'avoir jamais été sollicité pour la rédaction – pourtant laborieuse – de la note conceptuelle du Cameroun en 2015. D'autres, qui auraient pu faire vérifier ladite note conceptuelle par des professionnels de la coopération bilatérale ont été ignorés. L'Organisation mondiale de la santé est consternée d'avoir si peu d'échanges avec les organisations de la société civile au Cameroun. Cela participe largement du manque d'anticipation et d'efficacité du CCM.
- 38 A la différence d'autres pays, la réforme du CCM n'a pas été concrète au Cameroun. La dynamique d'accompagnement, de mobilisation des ressources, de relais de

propositions auprès du Fonds Mondial n'est pas effective. L'immobilisme qui permet de produire de l'ordre politique dans un « Etat stationnaire » (Eboko, Awono, 2018) enrayer l'efficacité du CCM et peut-être même le vide de son sens. Les partenaires internationaux s'en accommodent-ils ?

L'inégale résilience des partenaires internationaux

- 39 Si les représentants des partenaires au développement dans le CCM du Cameroun ont une approche commune qui les porte à critiquer les dysfonctionnements du CCM, ils analysent aussi avec un certain recul les exigences du Fonds Mondial. Le Fonds Mondial répond-il aux besoins ?

Une approche commune

- 40 Les partenaires au développement sont probablement les membres les plus assidus du CCM et une force de proposition. Ils assistent quasiment à toutes les réunions, en tant que titulaires, bien qu'ayant un *turn-over* important, en raison de leurs agendas et de la durée de leur mission dans le pays.
- 41 Ils se préparent généralement à l'avance (rencontres, échanges téléphoniques), conscients que « le consensus ne s'obtient pas en salle »¹². Lorsqu'ils se retrouvent en séance, ils « portent le même message », prouvent leur maîtrise du sujet et essaient de ne pas montrer leurs divergences. Il leur est d'autant plus facile d'adopter une position commune qu'ils conviennent toujours, en dernier ressort, de s'aligner sur les objectifs principaux de l'Organisation mondiale de la santé : l'intérêt du patient et de la société civile en bout de chaîne de la mise en œuvre, l'adéquation des directives nationales avec les règles de la santé internationale, la plus grande transparence possible dans les processus.

Le CCM au piège du Fonds Mondial

- 42 Les membres que nous avons pu rencontrer ont tous un discours nuancé sur le CCM. S'ils n'hésitent pas à dénoncer son instrumentalisation, ils soulignent qu'une part importante de sa faiblesse relève des exigences du Fonds Mondial lui-même. La technicité des dossiers, par exemple, pose problème. Contrairement à ce que suppose le Fonds mondial, les membres de la CCM n'ont pas forcément les compétences pour traiter certains éléments techniques, même les représentants des partenaires au développement issus des grandes institutions internationales au niveau pays ou régions. Le secrétariat du CCM a besoin d'être renforcé en ressources humaines et financières notamment. Et le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial a apporté encore plus de complexité à cette situation au lieu de la simplifier : « les nouvelles normes sont indigestes pour les secrétariats ». « C'est une vision simpliste du Fonds Mondial de croire que la capacité et la compétence sont là, sur place »¹³.
- 43 De façon assez paradoxale, le CCM se retrouve pris au piège du Fonds Mondial qui ne lui laisse pas de marge de manœuvre pour faire bouger les grandes lignes de la santé. Même les pays ayant un CCM fonctionnel souffrent de ses procédures qu'ils considèrent inhibitrices, des règles qu'ils trouvent trop coercitives, du pouvoir excessif du Secrétariat Technique, de Genève etc. Globalement, les représentants des partenaires au développement regardent de façon suspicieuse le nouveau modèle du Fonds

Mondial¹⁴. Ils trouvent que les critères d'éligibilité épuisent les maigres forces du CCM du Cameroun. Ils jugent que la contrepartie nationale exigée est trop élevée (au moins 20%). De plus, l'exigence de cette contrepartie va dans le sens du gouvernement camerounais qui exige d'être seul bénéficiaire. A quoi sert le CCM dans ces conditions, s'interrogent-ils ?

- 44 L'opacité qui entache le fonctionnement du CCM du Cameroun peut aussi, dans une certaine mesure, être adressée au Fonds Mondial, considèrent-ils. Ainsi, les activités de la LFA (*Local Fund Agency*), qui est la structure d'audit des comptes et des résultats programmatiques, ne sont pas connues du CCM. Son rapport adressé au siège du Fonds Mondial à Genève n'est pas communiqué au CCM qui le réclame pourtant à l'occasion des missions des experts du Fonds Mondial au Cameroun.
- 45 Le Fonds Mondial est directif, en même temps, il ne donne pas les moyens au CCM d'être en mesure de réagir ou de sanctionner des dérives ou des échecs sur le terrain. C'est ce qui a amené le CCM du Cameroun à éluder le problème de la falsification, dénoncée par certains acteurs de la santé et de la société civile, des taux de distribution d'antirétroviraux et de moustiquaires imprégnées (un taux de couverture à 80 % revendiqué, près de 340 000 moustiquaires déclarées distribuées, alors que les constats sur le terrain sont loin de corroborer ces chiffres). Cette falsification est un défaut passible de suspension de la subvention et de non-renouvellement. « Nous ne voulons pas prendre le risque de voir des patients privés de traitement », se sont défendus certains représentants des partenaires au développement accusés de faire le jeu de l'opacité et de fermer les yeux sur les affaires de corruption. « La seule arme est la recommandation » résumait un de nos interlocuteurs. Toutefois, lorsque les membres du CCM font leur rapport de supervision, il n'y a pas de mécanisme de suivi de la mise en œuvre de leurs recommandations. En dehors de la menace de suspension ou de retrait de subvention, le CCM est dépourvu d'outils pour imposer de meilleures façons de procéder et de mécanismes d'arbitrage : « le CCM n'a pas l'autorité suffisante ».
- 46 Aujourd'hui, de nouveaux partenariats « privé-privé », forment une réponse alternative aux difficultés de l'instance de coordination du Fonds mondial. Certaines organisations non gouvernementales internationales, comme l'ONG « P » pour le sida ou *Malaria No More* pour le paludisme, disent mieux se comprendre et travailler plus facilement de concert avec les représentants des malades qu'avec les cadres du CCM ou les principaux bénéficiaires de la subvention du Fonds Mondial. « Il y a une grande tension entre le principal bénéficiaire et les autres. C'est encore plus d'agressivité dans le cadre du CCM » remarquait l'un de nos interlocuteurs. A qui profiterait cette fragilisation du fonctionnement du CCM ?

Le Fonds Mondial piège l'État camerounais

- 47 De levier qu'il a pu constituer pour les politiques de santé au début du XXI^{ème} siècle, le Fonds mondial semble être devenu un outil de confinement, en décalage avec les attentes et les besoins de la population camerounaise. L'assignation aux trois pandémies spécifiques que sont le paludisme, le sida et la tuberculose, et à certaines catégories de patients constituant le public-cible, peut certes se justifier par l'impact de ces maladies (Samé Ekobo, 2008, 2009). Malgré cela, deux décennies de financements et de programmes dédiés n'ont eu pas eu d'effets induits sur les grands enjeux de la santé, notamment la santé infantile et maternelle (Ministère de la santé publique, 2016). La mortalité féminine en couche ou en avortant reste excessivement élevée : il est six fois

plus important que l'objectif de 100 pour 1000. Oscillant entre 29 et 31 pour 1000, la mortalité néonatale ne recule pas. La montée des maladies non transmissibles (affections cardio-vasculaires, cancers, diabète, insuffisance rénale...) est occultée tandis que les maladies transmissibles ne sont pas encore maîtrisées.

- 48 C'est probablement à l'aune de ce constat que la coopération bilatérale de l'Allemagne, de la France et des États-Unis au Cameroun a évolué ces dernières années. Les programmes sont réajustés au regard des apports du Fonds Mondial, resserrés sur la santé publique, la protection maternelle et infantile, la santé de la reproduction, l'appui à la formation des personnels de santé. Une mise en cohérence qui n'apparaît pas chez d'autres acteurs de la coopération non représentés au CCM, dont les projets peuvent entrer en concurrence ou être des doublons d'expérimentations déjà mises en œuvre. Mais une mise en cohérence univoque, l'objectif étant surtout de redéployer des moyens économisés plutôt que d'en attribuer de supplémentaires.
- 49 Tandis que les politiques d'ajustement structurel exigent depuis longtemps le retrait de l'État et même la « désétatisation », l'action publique appelée à être coordonnée par l'État pâtit d'un manque de moyens. Or, la demande d'État est relativement forte dans la société camerounaise. Les critiques sur les manquements et déficiences du secteur public témoignent aussi d'une attente d'actions spécifiques ou d'arbitrage de l'État. En contraignant les gouvernements et tous les autres acteurs à rentrer dans son schéma de gouvernance, et en conséquence en disqualifiant ceux qui ne maîtrisent pas l'exercice, le Fonds Mondial pénalise cette demande d'État fort. Par ailleurs, la réussite du programme de lutte contre la tuberculose, mis en place bien avant la création du CCM pose question. Est-elle liée à une formulation « à l'ancienne », dans la lignée de la médecine postcoloniale, ou aux moyens supplémentaires déployés pour lutter contre les maladies opportunes du Sida ou les coinfections offerts par le Fonds Mondial ? La réponse probablement à mi-chemin interroge dans tous les cas l'appropriation locale de la démarche du Fonds mondial.

Conclusion

- 50 Les partenaires internationaux jouissent d'une position particulière dans le CCM du Cameroun, entre leadership, bienveillance et surveillance. Conscients que leur attitude, à la fois discrète et volontariste, se heurte à des rapports de force qui dépassent le CCM, ils ne remettent pas en cause la pertinence du CCM, mais ils estiment qu'il pâtit de relations crispées, nées des difficultés de l'État à la « bonne gouvernance » et à une action publique assumée. De fait, au Cameroun, la déconcentration des services de l'État et l'entrée en vigueur des lois de décentralisation contraignant à la délégation des pouvoirs et des compétences de la puissance publique depuis deux décennies n'ont pas signifié la relégation de l'État jacobin (Iyebi Mandjeck & Samé Ekobo, 2012). Les rapports de force qui se reconfigurent au regard d'un gouvernement qui joue de l'immobilisme pour gagner en stabilité, questionnent aussi la nature des relations entre partenaires potentiellement en concurrence de visibilité dans l'opinion publique ou dans le jeu diplomatique.
- 51 Les analyses issues de notre enquête corroborent des études précédentes dans le cadre du financement de la lutte contre le sida, comme par exemple le projet IDA/Banque mondiale au début des années 2000 au Cameroun. Les failles et apories relevées sur la régulation du Comité mixte de suivi dans la lutte contre le sida (Abdoulkadri, 2014)

ressemblent à celles que nous avons dégagées en 2015 avec le Fonds mondial et le CCM du Cameroun. Les principaux bailleurs de fonds ont changé et certains acteurs sont sortis du système, mais les habitudes sont restées. Sur un autre registre, nos analyses rejoignent également celles de Séverin Cécile Abega (2007) qui expliquait que l'aide au développement apporte plus de problèmes et peu de solutions aux populations bénéficiaires et à l'État, les réduisant à la posture de quémandeurs perpétuels.

- 52 Au-delà des dysfonctionnements de différentes natures, le manque de mécanismes de contrôle et d'arbitrage, les lacunes en compétences politiques et techniques privent le CCM d'une certaine autorité. C'est aussi une fragilité que les nouvelles normes du Fonds Mondial accentuent. Au lieu de jouer le rôle de pivot, le CCM, lorsqu'il n'est pas paralysé, joue plutôt celui de tampon. Alors qu'il revendique une approche plus souple, à la fois plus proche du terrain et plus managériale, le Fonds Mondial reste trop prescripteur car sa structure verticale complique l'appropriation de sa démarche au niveau local. Au-delà des rapports et du suivi statistique, c'est finalement sa capacité à une vision globale des enjeux de la santé qui est interrogée et sollicitée par les différents acteurs au Cameroun.

Références bibliographiques :

- 53 Abdoukadi A., 2014, *Les politiques de lutte contre le sida au Cameroun : de l'impréparation institutionnelle à la démobilisation locale*, Thèse de doctorat Ph.D en Sciences Sociales, Cameroun, Université Catholique d'Afrique Centrale.
- 54 Abega SC, 2007, *Le Retour de la société civile en Afrique*, Yaoundé, presses de l'UCAC, 206 p.
- 55 Bayart JF, 1999, « L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion », *Critique internationale*, n° 5, 1999 : 97-120.
- 56 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 264 p.
- 57 Eboko F. & Awondo P., 2018, « L'État stationnaire, entre chaos et renaissance », *Politique africaine*, 150 : 5-27.
- 58 Eboko F., Abé C., & Laurent C., Eds, 2010, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS (Collection Sciences sociales et sida), 324 p.
- 59 Guilbaud A., 2015 « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement* n° 170 : 91-104.
- 60 Gruénais ME, 2001, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *APAD, Bulletin* n° 21, 2001 : 1-7.
- 61 Iyebi Mandjeck O., Samé Ekobo M., 2012, « Gouvernance territoriale et action publique au Cameroun », Yaoundé, *Enjeux*, n° 45-46 : 9-13.
- 62 Ministère de la santé publique, 2016, *Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSNLP) 2014-2018*, 120 p.
- 63 Ministère de la santé publique, 2016, *Plan stratégique national de la sante de reproduction, maternelle néonatale et infantile (PSN/SRMNI) 2014-2020*, 120 p.
- 64 Ministère de la santé publique, 2016, *Stratégie sectorielle de santé 2016-2027*, 167 p.
- 65 Nkoa FC, Eboko F., Moatti JP, 2010, « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun », In Eboko F., Abé C., & Laurent C.,

- Eds, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS (Collection Sciences sociales et sida) : 13-27.
- 66 Owona Nguini ME, & Menthong HL, « « Gouvernement perpétuel » et démocratisation janusienne au Cameroun (1990-2018) », *Politique africaine*, 2018/2 (n° 150) : 97-114.
- 67 Rapport annuel du Fonds Mondial, 2019.
- 68 Samé Ekobo M., mai 2009, « Lutte contre le paludisme et Sida : interactions et implications pour l'action publique en santé (Cameroun, Burkina Faso, Botswana) » - communication à l'atelier *Les configurations d'acteurs dans l'action publique en santé en Afrique*, programme CORUS, IRD/GRIL, Ouagadougou.
- 69 Samé Ekobo M., Iyebi Mandjek O., novembre 2009, « Stabilités et instabilités des territoires de l'action publique : les secteurs de la santé et de la sécurité au Cameroun », communication au colloque international *Stabilités et instabilités en Afrique centrale : logiques et dynamiques d'une configuration régionale complexe*, FPAE, Yaoundé.
- 70 Samé Ekobo M., novembre 2008, « Le paludisme à l'heure du sida: recompositions d'une politique publique de santé au Cameroun », rapport pour l'atelier *Les relations internationales et l'action publique nationale contre le sida en Afrique*, programme CORUS, IRD/FPAE, Yaoundé.
-

NOTES

1. Représentants ONUSIDA, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), France, Etats-Unis/Management Sciences for Health (MSH).
2. Voir dans ce dossier la contribution de Stéphanie Tchiombiano.
3. Pour une analyse du rôle des pouvoirs publics au sein du CCM du Cameroun, se référer au texte de William Tchuinkam dans ce dossier.
4. Entretiens avec des membres représentant la France et l'OMS.
5. Ibid.
6. La question des populations-clé est analysée dans ce dossier par Fred Eboko, Anicet Kabore et Cyrille Enyu'u.
7. Entretiens avec des membres représentant Etats-Unis/MSH, la France et l'OMS.
8. Entretiens avec des membres représentant Etats-Unis/MSH, la France et l'ONUSIDA.
9. Entretiens avec des membres représentant l'OMS, l'ONUSIDA et la France.
10. Entretien avec des membres représentant les États-Unis/MSH et la France.
11. Entretien avec des membres représentant les États-Unis/MSH et l'OMS.
12. Entretien avec des membres représentant l'OMS, les États-Unis/MSH et la France.
13. Entretien avec des membres représentant l'OMS et les États-Unis/MSH.
14. Entretien avec des membres représentant l'OMS, les États-Unis/MSH et la France.

International partners in the Global Fund coordination mechanism in Cameroon: reconfigurations based on instrumentalized governance (eng)

Muriel SAME EKOBO and ABDOULKADRI

- 1 The formalization of Cameroon's health policy has been largely prescribed by international institutions for several decades. Emblematic of the era of governance and partnership in countries with limited resources (Guilbaud, 2015), it places the public sector in a paradoxical situation, where the State called upon to stimulate, lead and supervise public action must develop balanced relations with its partners. Between this partnership dynamic that governs the State (Eboko, 2015) and the process of extroversion that is the corollary of this situation (Bayart, 1999).
- 2 This article is based on the Governance and AIDS in Africa project (ANRS 12315) and focuses specifically on international partners. This research is coordinated by the Paul Ango Ela Foundation for Geopolitics in Central Africa (FPAE) and led by a team of researchers that was composed of three pairs. Each pair was responsible for conducting surveys among the actors of each key sector identified, namely that of multilaterals, associations, civil society, the public or finance. The present text comes specifically from the binomial dedicated to Cameroon's international partnership relations within the CCM¹.
- 3 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria makes a significant contribution in Cameroon - as in most of the 124 developing countries where it operates (Global Fund, 2019) - to the fight against these three major pandemics in terms of morbidity, mortality and even prevalence, namely AIDS (US\$ 300 million), malaria (US\$ 250 million) and tuberculosis (US\$ 30 million). Since 2002, the country has

received support from the Global Fund on several occasions, with 7 grants for AIDS, 5 for malaria and 3 for tuberculosis (Global Fund, 2019).

- 4 Because of its functioning and organization, the Global Fund projects its National Coordinating Mechanism (CCM) as an essential actor in the health landscape. Usually referred to by its acronym CCM (*Country Coordinating Mechanism*), this body oversees the funding requests, implementation and use of grants awarded to local structures. The Cameroon CCM is composed of 55 members representing the public sector, private partners, civil society (civil or religious associations, non-governmental organizations) and external partners. The relationship between these members and the interplay of the institutions they represent therefore determines the efficiency and impact of disease control strategies.
- 5 Since 2014, the Global Fund's New Financing Model, which is more managerial and geared towards scaling up access to treatment and prevention, requires results and performance based on common indicators². This leads to increased support for the most deserving countries and disinvestment from the "bad students". In this context of competitiveness and competition, dramatized by the decline in pledges and the possibility of Cameroon's downgrading (by falling into the category of "middle-income countries" it would lose eligibility as a "poor country"), the role of international partners, apparently discreet on the surface, is crucial.
- 6 While the place of international partners may seem banal in its historicity (most of them have been present since the decolonization of Cameroon) and normalized by the requirements of the Global Fund, it nevertheless remains unique in Cameroon and gives rise to new configurations. On the one hand, they represent the main donors and international institutions in the field of health (Nkoa et al., 2010). In this sense, they appear to be the guarantors of compliance with Global Fund procedures. On the other hand, the Cameroonian State, which has already faced rejection of requests, remains concerned about its national sovereignty. It seeks to reduce the weight of foreign intervention in its public policies and in the national budget. This is reflected in the very small share of the "development partners" category within the CCM: between 6 and 9 members over the period 2002-2019, or between 10% and 15% of the total number of CCM members.
- 7 To what extent does the participation of these development partners in the CCM still remain legitimate and effective? How do they support the functioning of the CCM? Between interference and indifference, how resilient are they?

Development partners, a fundamental role

- 8 Since Cameroon's independence, foreign actors have had a recognized and effective role in development assistance, particularly in the health sector. Their integration into the CCM was undoubtedly imposed by the Global Fund's criteria, but it is neither surprising nor destabilizing for Cameroonian actors because they are the result of bilateral cooperation between States (Germany, United States, France) or multilateral (World Health Organization UNAIDS, a platform of international non-governmental organizations, Management Sciences for Health).

A significant financial weight

- 9 As the United States, France and Germany are the main donors to the Global Fund with respectively US\$15 billion, US\$4.6 billion and US\$2.8 billion in cumulative contributions, representing more than half of the total contributions (US\$41.6 billion) between 2002 and 2019 (Global Fund, 2019), the participation of their representatives in the Cameroon CCM carries strong economic and political significance, linked to the cooperation treaties undertaken between Cameroon and these States since the 1960s. Germany and France are the main donors to national sectoral health programmes and finance several local branches of their own agencies involved in the field of health (Centre Pasteur, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), Institut de recherches pour le développement (IRD), Agence universitaire pour la francophonie (AUF) etc.)
- 10 The Cameroonian state allocates only 5% of its budget to health, which is far from the Abuja commitment (at least 15%) and the effort made by other African states to achieve a similar Gross Domestic Product (GDP). It finances only 16% of total health expenditures, with external resources accounting for 13% and private expenditures (mainly households) 71% (National Strategic Plan for Malaria Control (NMCP), 2018). Indeed, the contribution of the Global Fund is essential for disease control policy. In 2014, the Global Fund provided almost half of the funding for the fight against AIDS (47%). Even if Cameroon has been able to demonstrate its "willingness to pay" up to 28%, i.e. the country share required in the Global Fund's new financing model, this remains below that of other countries of similar profile, such as Senegal or Côte d'Ivoire.
- 11 The association of bilateral partners/multilateral partners representing major international health institutions, such as the World Health Organization and UNAIDS, gives the category "development partners" a central place in the CCM mechanism, unrelated to the small number of members and unique compared to other categories of similar size (civil society organizations, private sector, affected communities).

Proven expertise capacity

- 12 Development partners represent a crucial financial contribution for Cameroon, and they also have experience of international mechanisms or health systems in other countries that adds significant expertise in terms of technical assistance.
- 13 Several of the members participating in the Cameroon CCM have extensive experience in international institutions, including health and the UN system. Some have even worked in other CCMs before being posted to Cameroon, Chad or the Central African Republic, for example. They have a good knowledge of other disease control financing mechanisms (PEPFAR, GAVI, UNITAID, CCIA, *Roll Back Malaria...*), in which they are often involved. They are involved in many activities peripheral to health structures, medical and health governance programmes, university training, scientific research, medical advice, etc. In fact, these members are able to have a global vision of the functioning and impact of health policies, both regionally and internationally.
- 14 This advantage is reinforced by an informal *soft power*. Indeed, the porosity of social and personal ties specific to expatriate environments, in an environment where the number of interlocutors is limited and often wear several hats, is a reality. Professional

or diplomatic relations between representatives often lead them to develop personalized relationships. Their way of life often provides opportunities for informal encounters. They are thus used to pool their knowledge on the various stakeholders upstream and downstream, in other international institutions, in the pharmaceutical and medical sector, non-governmental organizations or patients' associations, among others. They are able to set up formal or informal networks to cross-reference information. Personal trajectories reveal very different paths, ranging from a deep or superficial knowledge of Cameroonian society to an old or recent practice of international development institutions. Many of these members are directly connected to their embassies, as employees and resource persons, which adds a strategic dimension to their participation in the CCM.

An ambivalent look

- 15 However, the use of different terms to describe Cameroon's international partners reflects the vague contours of the category assigned to them. They are referred to as "Technical and financial partners" in the language of the Ministry of Public Health and international organizations, "international development partners" or "multilateral and bilateral partners" in the CCM's organizational chart. Confusion is reinforced when the national/international border is not obvious. Through the interplay of incumbents and substitutes, some representatives of international institutions are Cameroonian. Bilateral cooperation representatives lead non-governmental organizations, which may be local branches of international structures, just as representatives of civil society organizations sit on behalf of national or international non-governmental organizations.
- 16 In reality, most international partners seem to be confined to a nebula of foreign actors of different status, distinguished mainly by their quality. Due to their exogenous nature and professional culture, they often present a united front. However, they have different motivations, capacities to act and specific agendas. American, French and German cooperation has been supporting the Cameroonian health system for several decades (Gruénais, 2001), but they are not the only ones: China, Belgium, the Netherlands and Japan are developing various infrastructure, equipment and training programmes. The issues of visibility, originality and anchoring in the country are therefore becoming more and more important.
- 17 At a more individual level, these representatives of development partners seem to have egalitarian relationships with each other, but the influence of socio-professional, gender or individual backgrounds in Cameroon does not put them at the same level and does not give them the same room for manoeuvre to play their role within the CCM. Gender (male/female) and origin differences (a majority of European women represent bilateral partners, a minority of Africans represent multilateral partners) and the diversity of professional experiences (large international agencies *versus* non-governmental organisations, managerial culture *versus* public service) certainly play an important role in the nature of the relationship between members representing development partners and in their relationship with other members of the CCM, mostly Cameroonian men. Also, the position as holder or substitute, the seniority and regularity of the participation give more weight to some than others.
- 18 How do they play their role in the CCM?

International partners in the CCM: unbalanced multisectoral relationships

- 19 During interviews conducted between June 2015 and February 2016 with members representing the international development partners of the Cameroon CCM, it became clear to us that the relationship between the different categories was notoriously unbalanced and that this imbalance fed many dysfunctions in terms of procedures and democracy.

Partnership governance or bipolarity?

- 20 Quadripartite representation on the CCM is presumed to be balanced between the State, civil society, the private sector and external partners. However, in Cameroon, the over-representation of the public sector (more than 40% of members) often reduces decisions to a balance of power in favour or against the government³. Notwithstanding this imbalance, the nature of the relations between the different parties and the pro-activism of certain categories of actors do not offer the conditions for a real discussion prior to choices.
- 21 While the voice of the private sector, represented by only four members who rarely sit, is inaudible, and that of faith-based organizations is discreet, that of communities affected by AIDS and malaria often echoes that of international partners. They are not fooled by a certain instrumentalization they assume civil society organizations expect international partners to support them, they stress, and they blame them for not doing it enough (Interview). Relations with civil society organizations have multiple dimensions. Considering that members of civil society organisations are the only ones to represent patients' voices in the Cameroon CCM, particularly powerful associations such as *Positive Generation* or *Malaria No More*, the international partners are attentive to their collaboration and underline their complementarity. It is also an alliance strategy to obtain a number of votes in balance with that of the public sector.
- 22 Nevertheless, most compromises on sensitive issues are reached outside the voting procedure. Thus, the definition of key populations systematically refers Cameroon to its contradictions between principles and pragmatism. A sensitive issue if ever there was one, penalized homosexuality in Cameroon theoretically leads the government to "legitimately" exclude homosexuals from access to care/treatment and it is almost impossible for international partners, who are extremely sensitive to human rights, to block this decision by voting because civil society organizations are divided on the position to be adopted on the subject. Several, particularly Catholic and Muslim associations, agree with the government's position. Others are advocating for decriminalization and gender recognition. In 2014, the World Health Organization, considering that more attention should be paid to "sufficient control of the subject" than to Cameroonian law, commissioned a study to assess key populations defined on the basis of international high-prevalence indicators (men who have sex with men, sex workers, drug addictions, etc.). In practice, as the President of the CCM had publicly stated that the care of homosexuals was not a subject of tension, opponents avoided speaking out when the issue was discussed, and then the concept note did not address the issue. On the other hand, the suggestion made by the representatives of the development partners to support alternative centers in Douala and Bafoussam,

dedicated to support (medical, psychological, legal) homosexuals and associations, no longer appeared in the final version of the concept note (Interview)⁴.

- 23 The drafting of the concept note in June 2015 also reflects the procedural vagueness of the CCM. A representative of the development partners was able to testify to his distress shared by others (Interviews). Why have some referents, such as those of the National AIDS Committee (CNLS), been excluded while others have been integrated? Who actually writes, which version is chosen? Who validates it? Who transmits it? What feedback is given to CCM members? The relatively short time between submission, validation and sending, and overnight convening, certainly encroached on the quality of the substantive reflection, with in addition to many technical points on which most members had no competence. Above all, members were alarmed that they had no means of control to know whether their comments had been taken into account, even when they took care to send a written transcript. For example, they asked that refugees be included in the target audience.

Sharing territory and delegation: fragile compromises

- 24 It is not common to find compromises. Relationships of mistrust give rise to avoidance strategies that lead to a kind of territorial sharing. Public sector representatives feel attacked by international partners. Their sensitivity manifests itself when a question is asked by a representative of development partners (Interview). Sometimes they get irritated and leave the room with a question they think is inappropriate: questions about medical care, requesting an evaluation grid, checking indicators, etc. Also, representatives of development partners regularly use abstention to avoid being charged. It is in this sense that they refused the proposed vice-presidency of the CCM, arguing that they were first and foremost there to accompany, observe or advise.
- 25 On the other hand, public sector representatives are often absent at the time of the periodic review of grants, perhaps a way to show disdain for an exercise controlled by international partners. These "enormous tensions", noted by all our interlocutors, are not specific to the relationship between internal and external partners within the CCM. They reflect Cameroon's governance problems. "Every country on the CCM it deserves" was able to exclaim a member representing development partners in 2015.
- 26 While development partners agree among themselves on the priorities to be defended (in particular the relay of civil society), they are not systematically able to agree on the modalities. Some members are in a strong, even procedural claim (recourse to a blank vote, veto, quorum requirement, etc.), while others are in consensus at all costs, to the point, for example, of refusing to freeze the subsidy to a beneficiary who is unscrupulous, having covered up accounts and results. The controversy over the choice of beneficiaries of the Global Fund grant that broke out in late 2015 in the Cameroon CCM also revealed differences between international partners. Some felt that the recipient could fully choose the recipient. Others wanted the CCM to designate the primary and secondary beneficiaries, contrary to the Global Fund's requirement that the primary beneficiary choose the secondary beneficiary. While everyone thought that a control mechanism was essential, they did not agree on whether or not it came from the CCM. Behind this dispute, the main question was whether this prerogative would strengthen or weaken the CCM.

- 27 Another phenomenon that reflects the weakening of relations is that of delegation between members representing development partners (Interviews). Some donor states consider that they have financial but not technical capacity and rely on other partners: "you choose, we pay". Others find themselves torn between their positioning for the CCM and their action in other long-established health coordination or cooperation bodies in Cameroon (**Steering and Follow up Committee of Debt Reduction-Development Contract (COS-C2D)**, German cooperation (GIZ), American cooperation (USAID), etc.) or non-governmental organizations, and which do not necessarily have the same approach to the questions asked. They are then tempted to give power of attorney to their peers or to withdraw so as not to find themselves in a conflict of interest. To some extent, this is all part of the inertia of the CCM.
- 28 France, Germany and the United States, which each have a specific bilateral relationship with Cameroon because of their historical ties and which have, on the same account, a specific bilateral relationship with each other, sometimes embarrass their representatives. The line between the delicate interplay of diplomatic representation, foreign policy relations and health issues is extremely fine, and it is not always possible during a tense session of the CCM to respect it.

The Cameroonian State and international partners: between failures and resistance

- 29 Tensions between a centralizing power and actors who consider themselves participatory thwart the possibilities of coordination. Why do they lock the Cameroonian state into contradictory failures with its desire to keep its hand?

Objectives at half mast

- 30 Administrative mismanagement and poor performance seem to dominate the Cameroonian health landscape and mask the initiatives of public agents in the field to compensate for shortcomings and invent responses to the urgency of situations. Apart from the tuberculosis programme, almost all the objectives of the national AIDS and malaria programmes have not been achieved for 20 years, while other countries with similar profiles, such as Senegal or Kenya, have shown real success. Statistics are underestimated or overestimated to hide their discrepancy with the "Millennium Development Goals". Several scandals have exposed cases of corruption, embezzlement, personal enrichment, leading to the shortage of antiretrovirals in 2012, or the misuse of insecticide-treated nets in 2015, to name but a few examples. However, their media coverage, their judicialisation and the inclusion of monitoring and evaluation in the agenda of programmes to combat epidemics show that transparency is relatively taken into account.
- 31 The administrative reports of the various national plans to fight AIDS, malaria or tuberculosis all report a low rate of budget implementation of programmes. Currently, less than two-thirds of the health budget is consumed by the deadline (NSNMP, 2018). This concerns more specifically the budget lines dedicated to care, epidemiological surveillance, advocacy and mass media or social communication. These elements betray the failures of the entire health system.

- 32 The "moral, social, economic deregulation" induced by the capture of internal and external resources and the mobilization of administrative elites is used by the regime in place for three decades to maintain its power (Eboko, Awono, 2018). It is not surprising that the CCM is seen as a potential cog, in a fantasized or real way, because the configuration of the political system values political allegiance more than the success of public action. Understanding this "perpetual government" (Owona Nguini & Menthong, 2018) is crucial to understand the relationship between public authorities and their partners.
- 33 Enclosed in a system of clientelism that determines their personal trajectories, public sector representatives on the CCM remain vulnerable to any challenge, particularly from representatives of development partners, who they often consider too offensive. Thus, by not acting on the development partners' proposal to merge drug stocks from different donors because it preferred to present three programmes rather than one, the Ministry of Health showed that it was more committed to display than to the effectiveness of its policy.
- 34 Far from instilling a constructive dynamic, "statements by public sector representatives are limited to showing what works well and using ambiguous sentences to evoke what does not work," reproached one of our interlocutors (USA interview). It is true that the personality of the four successive ministers of health and their unequal investment during their terms of office and the Global Fund's "rounds" are part of a sawtooth dynamic of the CCM (Entretien Oms), between activism and wait-and-see attitude.

Is it a question of sovereignty, incompetence or resistance?

- 35 The slowness in administrative follow-up, systematic delays in meetings, postponed sessions and the recurrent absenteeism of more than 40% of government members disempower other members, particularly those representing development partners (Interview). Is it an empty chair policy, a form of passive resistance or an incompetence of the CCM's public actors?
- 36 The representatives of the development partners were fairly unanimous in their view that there was not enough deliberation and genuine use of voting in the CCM. Meetings are time-consuming and inefficient because they are not organized. Information is not shared, there are no preparatory documents and minutes of meetings are never transmitted. "The CCM seems to be meeting to respond to the donor's request, but not with the conviction that it is necessary," said one member, taking stock of two years of participation (Interview). There is no team feeling, let alone the feeling of participating in something important for the country, for society," he concluded. Here too, this form of wait-and-see attitude relegates the CCM to the status of a poster agency. It also reflects the disinvestment of Cameroonian civil servants in the face of what they perceive as instructions coming from "above" or from outside without them being able to appropriate them.

Between opacity and confidentiality

- 37 The attitude of public sector representatives constantly places the functioning of the CCM in a situation between opacity and confidentiality. Surprised, and perhaps even offended, by the refusal of representatives of development partners to participate in

the Monitoring and Strategy Committee that had to be set up at the end of 2014 to comply with the Global Fund's new standards, they did not follow through on their proposal to develop an evaluation grid. Some of the representatives of development partners, for example, being at the head of structures providing antiretroviral drugs, felt that they could not be judges and parties. A sensitivity to conflict of interest that was not perceived as such by the public sector: eight months later, the development partners and other members of the CCM convened at a meeting on the conclusions of the Strategic Monitoring Committee were surprised not only by its constitution (on what basis ? On the basis of which reference documents?), but also by its activities (where and under what conditions had they been carried out?), without the meeting being able to give them clear answers (USA interview).

- 38 At the same time, they regret not being used in the light of their experience. A member, who was in charge of the Global Fund's "country files" for five years before his assignment to Cameroon, reported that he had been welcomed with suspicion and mistrust rather than relief. He is surprised that he had never been asked to write - although laborious - Cameroon's concept note in 2015. Others, which could have had the concept note verified by bilateral cooperation professionals, were ignored. The World Health Organization is dismayed to have so little interaction with civil society organizations in Cameroon. This is largely due to the lack of anticipation and effectiveness of the CCM.
- 39 Unlike other countries, the reform of the CCM has not been concrete in Cameroon. The dynamics of support, resource mobilization and relaying proposals to the Global Fund are not effective. The inaction that makes it possible to produce political order in a "stationary state" (Eboko, Awono, 2018) undermines the efficiency of the CCM and perhaps even the emptiness of its meaning. Are international partners coping with it?

The uneven resilience of international partners

- 40 While the representatives of development partners in the Cameroon CCM have a common approach that leads them to criticize the dysfunctions of the CCM, they also analyze the Global Fund's requirements with some hindsight. Is the Global Fund meeting the needs?

A common approach

- 41 Development partners are probably the most frequent members of the CCM and a source of proposals. They attend almost all meetings, as full members, although they have a high *turnover due to* their agendas and the duration of their mission in the country.
- 42 They generally prepare in advance (meetings, telephone exchanges), aware that "consensus cannot be reached in the room" (WHO interviews, France, USA). When they meet in session, they "carry the same message", prove their mastery of the subject and try not to show their differences. It is all the easier for them to adopt a common position if they always agree, as a last resort, to align themselves with the main objectives of the World Health Organisation: the interest of the patient and civil society at the end of the implementation chain, the adequacy of national directives with international health rules, the greatest possible transparency in the processes.

The CCM trapped by the Global Fund

- 43 The members we were able to meet all had a nuanced speech on the CCM. While they do not hesitate to denounce its instrumentalization, they stress that a significant part of its weakness is due to the requirements of the Global Fund itself. The technicality of the files, for example, is a problem. Unlike the Global Fund, CCM members do not necessarily have the expertise to address certain technical elements, even representatives of development partners from major international institutions at the country or regional level. The CCM secretariat needs to be strengthened, particularly in terms of human and financial resources. And the Global Fund's new funding model has added even more complexity to this situation rather than simplifying it: "the new standards are indigestible for secretariats". "It is a simplistic vision of the Global Fund to believe that capacity and competence are there, on the ground" (USA Interview).
- 44 Paradoxically enough, the CCM finds itself trapped by the Global Fund, which does not allow it any room for manoeuvre to move the main lines of health. Even countries with a functional CCM suffer from its procedures that they consider inhibitory, rules that they find too coercive, the excessive power of the Technical Secretariat, Geneva etc. All representatives of development partners are suspicious of the new Global Fund model. They find that the eligibility criteria exhaust the meagre strengths of the Cameroon CCM. They consider that the national counterpart required is too high (at least 20%). Moreover, the requirement of this counterpart is in line with the Cameroonian government's requirement to be the sole recipient. What is the purpose of the CCM in these conditions, they ask themselves? (Interviews)
- 45 The lack of transparency in the functioning of the Cameroon CCM can also, to some extent, be addressed to the Global Fund, they consider. Thus, the activities of the LFA (*Local Fund Agency*), which is the audit structure for accounts and programmatic results, are not known to the CCM. Its report addressed to the headquarters of the Global Fund in Geneva is not communicated to the CCM, which nevertheless requests it on the occasion of the missions of the Global Fund's experts to Cameroon. (Responsible interview of a multilateral organization WHO)
- 46 The Global Fund is directive, at the same time, it does not give the CCM the means to be able to react or sanction abuses or failures on the ground. This has led the Cameroon CCM to avoid the problem of falsification, denounced by some health and civil society actors, of the distribution rates of antiretroviral drugs and impregnated mosquito nets (a coverage rate of 80% claimed, nearly 340,000 nets declared distributed, while field observations are far from corroborating these figures). This falsification is a defect punishable by suspension of the subsidy and non-renewal. "We do not want to take the risk of seeing patients deprived of treatment", defended some representatives of development partners accused of playing the game of opacity and turning a blind eye to corruption cases. "The only weapon is the recommendation" summarized one of our interlocutors (Interview Oms). However, when CCM members report on their supervision, there is no mechanism to monitor the implementation of their recommendations. Apart from the threat of suspension or withdrawal of funding, the CCM lacks the tools to impose better ways of doing things and arbitration mechanisms: "the CCM does not have sufficient authority" (Interview in charge of a multilateral organization).

- 47 New partnerships, which could be called "private-private" partnerships, are a new response to the challenges of the Global Fund's Coordinating Mechanism. Some international NGOs report that they understand each other better and work more easily with patient representatives (as in the case of the NGO "P" for AIDS or MNM for malaria) than with CCM managers or Principal Recipients (PR). One international NGO coordinator described the above-mentioned dysfunctions as follows: «There is a great tension between the Principal Recipient and the others. This is even more aggressiveness in the context of the CCM. I thought I would be solicited in Cameroon as in other countries, it's quite the opposite. Is the functioning of the Cameroon CCM weakened? Who would benefit from this weakening?

The Global Fund traps the Cameroonian government

- 48 From the leverage it was able to provide for health policies at the beginning of the 21st century, the Global Fund seems to have become a containment tool, out of step with the expectations and needs of the Cameroonian population. The assignment to the three specific pandemics of malaria, AIDS and tuberculosis, and to certain categories of patients in the target audience, can certainly be justified by the impact of these diseases. Despite this, two decades of dedicated funding and programmes have not had an impact on major health issues, particularly child and maternal health (Ministry of Public Health, 2016). Female mortality in childbirth or abortion remains excessively high: it is six times higher than the target of 100 per 1000. Neonatal mortality, ranging from 29 to 31 per 1000, is not declining (PSNLP, 2018). The rise of non-communicable diseases (cardiovascular diseases, cancers, diabetes, kidney failure, etc.) is being masked while communicable diseases are not yet under control.
- 49 It is probably in the light of this observation that bilateral cooperation between Germany, France and the United States in Cameroon has evolved in recent years. Programmes are readjusted in line with Global Fund contributions, with a focus on public health, maternal and child protection, reproductive health, and support for the training of health workers. This consistency does not appear among other cooperation actors not represented on the CCM, whose projects may compete with each other or duplicate experiments already carried out. But a unambiguous consistency, the objective being above all to redeploy saved resources rather than to allocate additional ones.
- 50 While structural adjustment policies have long required the withdrawal of the state and even "de-statetization", public action to be coordinated by the state suffers from a lack of resources. However, the demand for state services is relatively high in Cameroonian society. Criticisms of public sector failures and deficiencies also reflect an expectation of specific actions or arbitration by the state. By forcing governments and all other actors to fit into its governance framework, and consequently disqualifying those who do not master the exercise, the Global Fund is penalizing this demand for a strong state. In addition, the success of the tuberculosis control programme, which was put in place long before the creation of the CCM, raises questions. Is it linked to an "old-fashioned" formulation, in the tradition of postcolonial medicine, or to the additional resources deployed to combat opportunistic AIDS diseases or co-infections offered by the Global Fund? The answer, probably halfway through, in all cases questions local ownership of the Global Fund's approach.

Conclusion

- 51 International partners have a special position in the Cameroon CCM, between leadership, benevolence and monitoring. Aware that their attitude, both discreet and proactive, is confronted with power relations that go beyond the CCM, they do not question the relevance of the CCM, but they consider that it suffers from tense relations, born of the State's difficulties in "good governance" and assumed public action. In fact, in Cameroon, the deconcentration of state services and the entry into force of decentralization laws binding on the delegation of powers and competences of public authorities over the past two decades have not meant the relegation of the state (Samé Ekobo, Iyebi Mandjeck, 2011). The power relations that are being reconfigured in the eyes of a government that is stalling to gain stability also question the nature of relations between partners that are potentially competing for visibility in public opinion or in the diplomatic game.
- 52 The analyses resulting from our survey corroborate previous studies in the context of financing the fight against AIDS, such as the IDA/World Bank project in Cameroon in the early 2000s. The weaknesses and aporias noted in the regulation of the Joint Monitoring Committee (JMC) are almost identical to those we identified in 2015 with the Global Fund and the Cameroon CCM (Abdoulkadri, 2014).
- 53 The main donors have changed, time has passed, some actors have left the system, but habits have remained and the NACP continues to "dominate" the CCM, as it once "influenced" CMS. The State seems to be lagging behind the administration of its health system, which remains "under-administered" (Gruénais, 2001). On another level, our conclusions are also in line with those of Séverin Cécile Abega (2007) who explained that development aid brings more problems and few solutions to the beneficiary populations and the State, reducing them to the position of perpetual beggars
- 54 Beyond the dysfunctions of various kinds, the lack of control and arbitration mechanisms, the lack of political and technical skills deprive the CCM of a certain authority. It is also a fragility that the new Global Fund standards accentuate. Instead of acting as a pivot, the CCM, when not paralyzed, acts as a buffer. While it claims a more flexible approach, both closer to the field and more managerial, the Global Fund remains too prescriptive because its vertical structure complicates the appropriation of its approach at the local level. Beyond the reports and statistical monitoring, it is finally its ability to provide a global vision of health issues that is questioned and solicited by the various actors in Cameroon.

Bibliographical references

- 55 Abdoulkadri A., 2014, *Les politiques de lutte contre le sida au Cameroun : de l'impréparation institutionnelle à la démobilisation locale*, Thèse de doctorat Ph.D en Sciences Sociales, Cameroun, Université Catholique d'Afrique Centrale.
- 56 Abega SC, 2007, *Le Retour de la société civile en Afrique*, Yaoundé, presses de l'UCAC, 206 p.
- 57 Bayart JF, 1999, « L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion », *Critique internationale*, n° 5, 1999 : 97-120.
- 58 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 264 p.

- 59 Eboko F. & Awondo P., 2018, « L'État stationnaire, entre chaos et renaissance », *Politique africaine*, 150 : 5-27.
- 60 Eboko F., Abé C., & Laurent C., Eds, 2010, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS (Collection Sciences sociales et sida), 324 p.
- 61 Guilbaud A., 2015 « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement* n° 170 : 91-104.
- 62 Gruénais ME, 2001, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *APAD, Bulletin* n° 21, 2001 : 1-7.
- 63 Iyebi Mandjek O., Samé Ekobo M., 2012, « Gouvernance territoriale et action publique au Cameroun », Yaoundé, *Enjeux*, n° 45-46 : 9-13.
- 64 Ministère de la santé publique, 2016, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSNLP) 2014-2018, 120 p.
- 65 Ministère de la santé publique, 2016, Plan stratégique national de la sante de reproduction, maternelle néonatale et infantile (PSN/SRMNI) 2014-2020, 120 p.
- 66 Ministère de la santé publique, 2016, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, 167 p.
- 67 Nkoa FC, Eboko F., Moatti JP, 2010, « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun », In Eboko F., Abé C., & Laurent C., Eds, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS (Collection Sciences sociales et sida) : 13-27.
- 68 Owona Nguini ME, & Menthong HL, « « Gouvernement perpétuel » et démocratisation janusienne au Cameroun (1990-2018) », *Politique africaine*, 2018/2 (n° 150) : 97-114.
- 69 Rapport annuel du Fonds Mondial, 2019.
- 70 Samé Ekobo M., mai 2009, « Lutte contre le paludisme et Sida : interactions et implications pour l'action publique en santé (Cameroun, Burkina Faso, Botswana) » - communication à l'atelier *Les configurations d'acteurs dans l'action publique en santé en Afrique*, programme CORUS, IRD/GRIL, Ouagadougou.
- 71 Samé Ekobo M., Iyebi Mandjek O., novembre 2009, « Stabilités et instabilités des territoires de l'action publique : les secteurs de la santé et de la sécurité au Cameroun », communication au colloque international *Stabilités et instabilités en Afrique centrale : logiques et dynamiques d'une configuration régionale complexe*, FPAE, Yaoundé.
- 72 Samé Ekobo M., novembre 2008, « Le paludisme à l'heure du sida: recompositions d'une politique publique de santé au Cameroun », rapport pour l'atelier *Les relations internationales et l'action publique nationale contre le sida en Afrique*, programme CORUS, IRD/FPAE, Yaoundé.

NOTES

1. Interviews with full and alternate members representing international development partners in Cameroon's national coordinating body between June 2015 and February 2016 (UNAIDS, World Health Organization, France, United States/Management Sciences for Health)
2. See in this dossier the contribution of Stéphanie Tchiombiano.
3. For an analysis of the role of public authorities within the Cameroon CCM, please refer to William Tchuinkam's text in this issue.
4. The question of key populations is analysed in this dossier by Fred Eboko, Anicet Kabore and Cyrille Enyu'u

Les pouvoirs publics dans le CCM du Cameroun : une surreprésentation stratégique

William TCHUINKAM

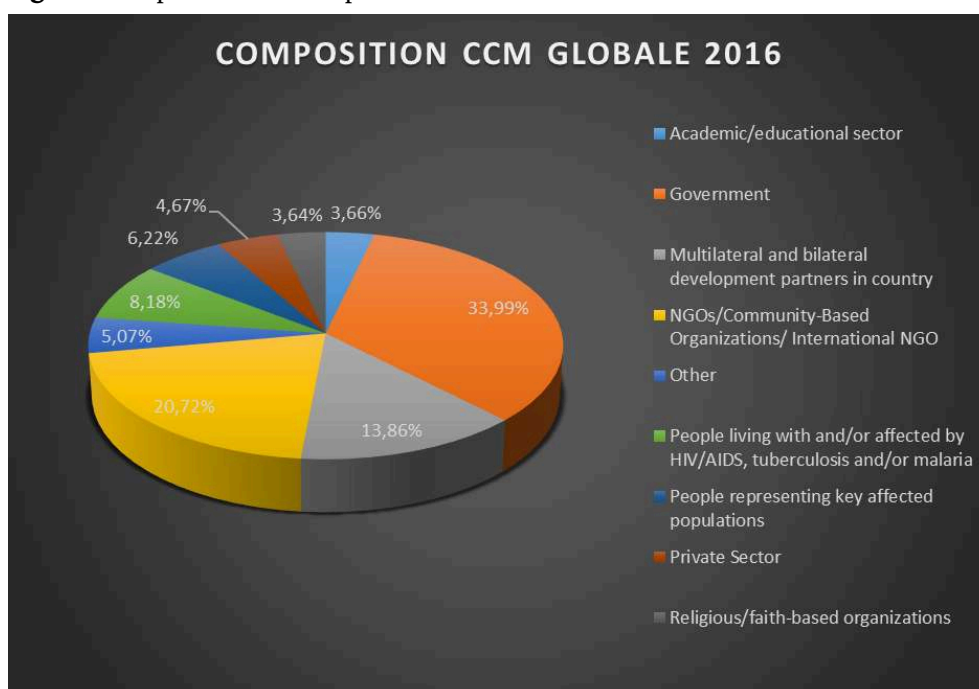
- 1 Le CCM constitue le principal canal par lequel transitent les demandes de financement adressées au Fonds mondial sous la forme de Propositions coordonnées nationales ou *Coordinated Country Proposals* (CCP), bien qu'il reçoive aussi des demandes émanant de *Regional Coordinating Mechanisms* (RCM) ou de *Regional Organisations* (RO), voire des demandes dites non-CCM (c'est-à-dire n'émanant pas d'un CCM). Il demeure toutefois que le CCM est l'agence de concertation¹ et l'instance de délibération qui relaie l'action du Fonds mondial et coordonne la mise en œuvre au niveau national des programmes qu'il finance. Au Cameroun, c'est un CCM qui joue ce rôle de relais².
- 2 Le CCM est composé de représentants des pouvoirs publics qui constituent le secteur gouvernemental, de la société civile, du secteur privé, des personnes vivant avec les maladies, des partenaires au développement, ainsi que des organisations internationales.³ Les pouvoirs publics au sein du CCM Cameroun sont constitués par les représentants de l'administration publique à savoir les ministères, les services du premier ministre et de la présidence de la République auxquels s'ajoute parfois un représentant des institutions universitaires à l'instar de la Faculté de médecine et des sciences biomédicales. Le parlement est également pris en compte comme faisant partie de ce secteur gouvernemental. Leur mode de désignation répond à un principe hiérarchique dans la mesure où ils sont nommés par le responsable de leur administration pour siéger au CCM pour la durée du mandat qui est de trois ans. Dans le cas du parlement, c'est le président de la chambre concernée qui désigne un de ses membres (jusqu'ici le parlement n'a été représenté au sein du CCM que par des députés). La représentation des pouvoirs publics au sein du CCM Cameroun est généralement le fait de fonctionnaires ou agents de l'Etat mandatés par leur hiérarchie pour la cause. Elle s'organise en sous-secteurs thématiques, tous les ministères n'étant pas représentés en tant que tels. Ainsi par exemple, un seul siège sera occupé par les

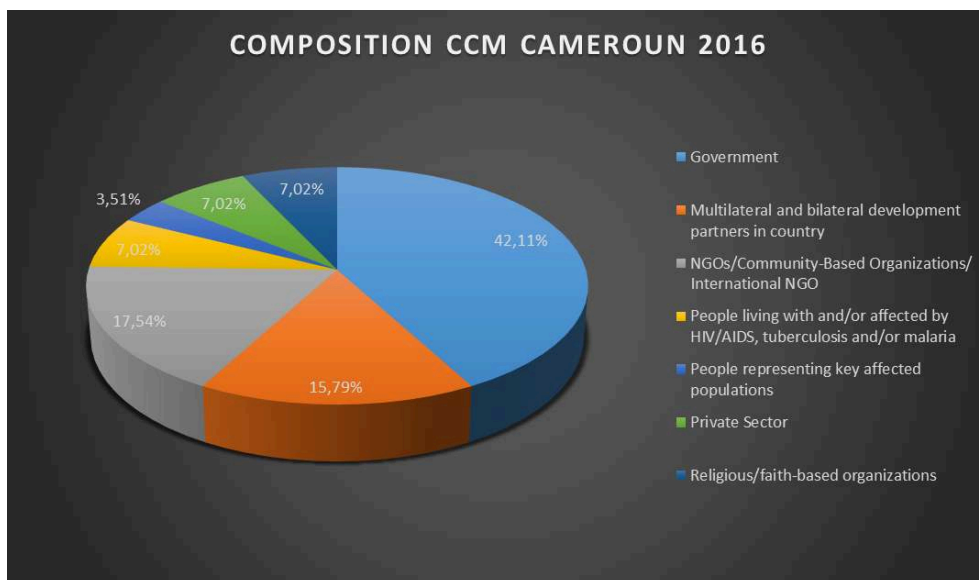
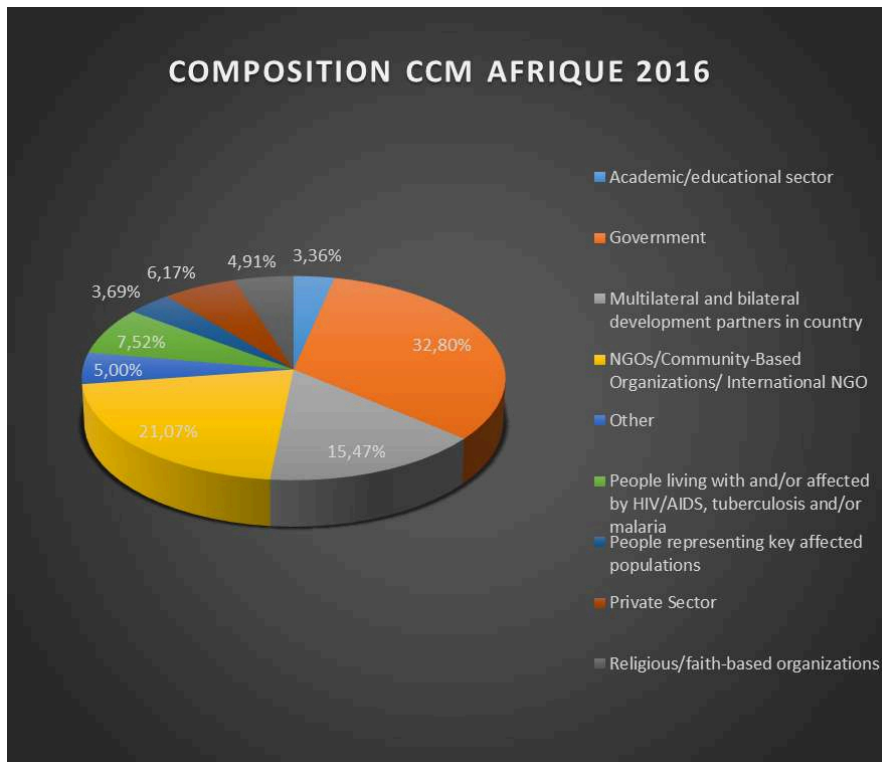
ministères concernés par l'économie et les finances, la jeunesse, l'éducation, l'emploi et la sécurité sociale etc. ce qui porte à environ une vingtaine de membres titulaires et suppléants représentant les pouvoirs publics sur la cinquantaine de membres qui composent le CCM.

La représentativité en question

- 3 D'après les directives du Fonds mondial, la configuration des CCM doit garantir au moins 40% de membres issus du secteur non gouvernemental, à savoir les ONG, les organisations à base communautaire, les personnes vivant avec la maladie, les populations-clés, le secteur privé et les institutions académiques⁴. Cette directive qui vise à assurer une meilleure représentativité des différentes parties prenantes aux CCM induit numériquement un rapport de force potentiellement plus favorable au secteur gouvernemental, en fonction de l'interprétation qui en est faite par les pays. Ainsi, s'il s'avère que les pouvoirs publics sont le secteur le plus représenté numériquement au sein des CCM dans le monde, on observe au sein du CCM Cameroun une représentation tendanciellement plus élevée de cette catégorie en comparaison de la moyenne globale tant mondiale qu'africaine, comme le montrent les tableaux ci-dessous, basés sur les chiffres du Fonds mondial concernant la composition des CCM dans le monde en 2016. L'analyse des chiffres sur 10 ans en arrière montre la même tendance.

Figure : Comparatif de la composition des CCM dans le monde en 2016





Source : Construit à partir des données du Fonds mondial (<https://www.theglobalfund.org/en/archive/country-coordinating-mechanism/>)

- 4 Ce phénomène avait déjà été souligné par un rapport de mission d'évaluation du fonctionnement du CCM Cameroun, commandé par le Fonds mondial en avril 2004. Ce rapport relevait déjà entre autres les risques liés au déséquilibre dans la prise de décisions, la voix de l'administration étant toujours majoritaire lors du vote des résolutions. Pour autant, faut-il voir en cela un dysfonctionnement du CCM Cameroun ? Quels sont les mécanismes politiques et institutionnels qui expliquent la composition et la répartition des acteurs (nationaux, internationaux, publics, associatifs, privés, etc.) et qui justifient que la représentation des pouvoirs publics, qui est déjà en moyenne plus forte que celle des autres secteurs en général, soit aussi élevée au

Cameroun ? Comment comprendre et interpréter cette configuration d'acteurs qui semble jouer en faveur de l'Etat au détriment des autres composantes du CCM dont les délibérations sont pourtant censées être guidées par un souci d'autonomie et d'équité ? Faut-il y voir une volonté de contrôle par les pouvoirs publics dans une logique opportuniste ? En d'autres termes, la place et le rôle des pouvoirs publics auprès du CCM renseignent-ils sur l'action publique contre le sida, la tuberculose et le paludisme au Cameroun, sur l'Etat camerounais et la manière avec laquelle il interagit avec une organisation internationale comme le Fonds mondial ? Qu'est-ce qui caractérise de manière fondamentale le mode d'intervention du Cameroun dans cette politique publique sous influence voire extravertie ? Il convient de souligner que l'Etat n'est pas considéré ici comme un bloc monolithique, mais envisagé sous le prisme des acteurs qui agissent en son nom au sein ou en dehors du CCM et peuvent parfois tenir des positions contradictoires, voire contraires à l'intérêt général ou même contreproductives par rapport aux objectifs visés.

- 5 Les activités des CCM se basent sur des programmes qui reflètent la souveraineté nationale et respectent la formulation et les procédures mises en place par les pays. Il est en outre prescrit que le dispositif de coordination ainsi mis en place soit placé au plus haut échelon national responsable de la planification du développement, multi partenarial et multisectoriel et présidé par un haut fonctionnaire. Le Fonds mondial laisse la liberté aux Etats de définir la taille de leur CCM en fonction de leur contexte spécifique, mais tout en veillant à une représentativité aussi large que possible de toutes les parties prenantes. Ainsi, ce qui apparaît a priori comme un dysfonctionnement peut relever simplement de la manière avec laquelle le Cameroun gère la marge de manœuvre dont il dispose dans sa relation avec le Fonds mondial. Toutefois, l'analyse de la trajectoire institutionnelle du CCM du Cameroun éclaire davantage sur le rôle des pouvoirs publics

Une institutionnalisation incrémentale : de la confusion des rôles à l'autonomisation ?

- 6 D'emblée, il convient de préciser que les normes et directives qui s'appliquent aux CCM sont construites non seulement de manière collective impliquant y compris les destinataires de celles-ci⁶, mais également au fil du temps, dans une démarche d'essai-erreur où ces directives sont ajustées au fur et à mesure de la prise en compte des rapports d'évaluation de la mise en œuvre sur le terrain et autres recommandations. C'est ainsi qu'il faut comprendre qu'une situation qui apparaît normale à un moment donné en vient plus tard à être considérée comme posant un conflit d'intérêts et entrainer l'éviction du ministre de la santé publique de la présidence du CCM du Cameroun. Il ne s'agit donc pas ici d'un cas de figure où des normes sont construites à Genève pour être ensuite transposée vers les pays destinataires dans une logique d'import-export mais d'un processus plus complexe de co-construction par ajustements à la marge, une évolution incrémentale. La notion d'incrémentalisme (Lindblom, 1959) renvoie à l'idée d'une politique publique dans laquelle les changements s'opèrent à la marge, par ajustements successifs, en vue d'améliorer l'action publique existante sans la remettre en cause.
- 7 La mobilisation collective qui a abouti la création du Fonds mondial en janvier 2002 indiquait clairement l'importance de l'enjeu financier. En effet, le Secrétaire général de

l'ONU Kofi Annan avait pesé de tout son poids et multiplié les appels pour la mise en place d'une espèce de « trésor de guerre », un mécanisme de financement innovant qui serait à la hauteur de l'enjeu que représente la pandémie du sida. Il invitait aussi les chefs d'Etats et autres responsables africains à assumer leur rôle de leader et à prendre les devants de la mobilisation face à ce fléau⁷. Au Cameroun, cet appel n'a pas tardé à se traduire dans le discours politique inscrivant la lutte contre le sida comme une priorité sur l'agenda. Le 31 décembre 2002, lors de son traditionnel « message à la Nation », le président de la République Paul Biya, disait avoir lancé « une véritable croisade contre ce fléau des temps modernes » et annonçait la mise à disposition des « thérapies les plus efficaces [...] à la portée d'un grand nombre de malades ». A l'occasion d'un remaniement ministériel en avril 2001, un nouveau ministre, M. Urbain Olanguena Awono, est arrivé à la tête du ministère de la santé publique en provenance du ministère de l'économie et des finances où il occupait le poste de Secrétaire général qu'il cumulait avec celui de président du Comité technique de suivi des réformes économiques, financières et sociales. De ces positions, il aurait développé une forte capacité de mobilisation des ressources financières qu'il a par la suite mise à profit notamment en prenant l'initiative de suivre l'opportunité de cette puissante dynamique qui se mettait en place sous l'égide de l'ONU. Cette initiative a d'ailleurs rencontré de nombreuses réticences des pouvoirs publics camerounais ainsi que de certains membres du CCM fondées sur le fait qu'il existait dans le même temps d'autres financements, notamment de la Banque mondiale (Abdoulkadri, 2013), qui posaient déjà des problèmes d'absorption de fonds. Ces réticences ne freinèrent pas le ministre de la santé publique dans son élan. Dans cette dynamique, il allait siéger par la suite non seulement à la tête du CCM du Cameroun mais aussi au sein du Conseil d'administration du Fonds mondial. Il fut accompagné dans sa démarche par un jeune médecin et économiste de formation, expert en charge du secteur de la santé au Comité consultatif et de suivi de la gestion des ressources PPTE, coutumier de ce type d'institutions qui canalisent les financements en provenance de bailleurs de fonds internationaux⁸. C'est dans ce contexte que le CCM du Cameroun est créé par décision ministérielle N° 0366/D/MSP/CAB du 09 août 2002, sous l'appellation de *Commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme*. Cette décision fixait d'autorité le cadre de fonctionnement du CCM, sans concertation avec les autres parties prenantes dans une instance qui se voulait pourtant inclusive et participative.

- 8 L'article 2 de ce texte constitutif en faisait un organe consultatif et d'appui à l'action du ministre de la santé publique qui en assurait donc la présidence, tandis-que la vice-présidence revenait de droit à un représentant de la présidence de la République, ceci contrairement aux recommandations du Fonds mondial qui demandait leur élection par les membres du CCM selon une procédure adoptée de manière consensuelle. Ainsi, le CCM avait plus l'apparence d'une structure gouvernementale soumise à la tutelle du ministre de la santé publique dont il dépendait du financement, que d'un organe de concertation doté d'une certaine autonomie et censé jouer un rôle de contrôle et de supervision de l'utilisation – y compris par l'Etat à travers le ministère de la santé – des ressources allouées par le Fonds mondial. A première vue, cette structure donnait l'impression d'avoir été montée à la hâte pour se conformer à minima aux exigences du Fonds mondial en vue de soumettre une proposition de financement pour le 2^{ème} round. Ce qui fut fait un mois plus tard mais se solda par un échec. Il est intéressant de souligner qu'au moment de la création du CCM Cameroun, plusieurs options étaient sur

la table, sur la base des directives du Fonds mondial. Ce dernier était en effet assez souple sur ses exigences en termes de structuration du CCM. En plus de la latitude laissée aux pays de définir la taille de leur CCM, il leur était possible - voire fortement suggéré - d'appuyer le CCM à créer de préférence sur un organisme existant. Pourtant, le ministre de la santé publique fit le choix de créer de ex nihilo une nouvelle institution alors que dans le même temps, il existait de nombreuses instances de coordination du même type, y compris au ministère de la santé, qui auraient pu répondre aux critères. Cette situation souligne tout l'intérêt de comprendre le processus des conditions de naissance du CCM Cameroun.

Des conditions de création ambivalentes

- 9 La trajectoire institutionnelle du CCM Cameroun est tributaire de la manière avec laquelle il s'est adapté aux transformations du Fonds mondial, tout en affirmant progressivement une volonté d'autonomie face à la tutelle du ministère de la santé publique. Sa configuration initiale, outre les conditions particulières de sa création, traduisait une confusion congénitale de rôle, le ministère de la santé étant potentiellement récipiendaire des subventions sur la base d'un choix effectué par l'instance que préside le ministre de la santé. Qui plus est, les réunions du CCM se sont longtemps tenues dans les locaux dudit ministère⁹, ce qui rajoute à la confusion. Ceci n'a pas empêché le CCM Cameroun de soumettre des propositions au Fonds mondial et d'obtenir des subventions dans le cadre du troisième round de financements en 2003. Cette bienveillance manifeste du Fonds mondial vis-à-vis du CCM Cameroun n'a été démentie que lorsqu'à la suite de nombreux rapports et des débats au sein de son Conseil d'administration, le Fonds mondial a posé le problème des conflits d'intérêts et enjoint les CCM de prendre les dispositions nécessaires pour les prévenir ou les résoudre. Depuis 2005, la présidence du CCM Cameroun fait donc l'objet d'un vote des membres de l'instance, sans que le ministre y soit éligible. Il n'est même plus membre du CCM et n'assiste désormais aux réunions qu'à titre exceptionnel et sur invitation. Toujours dans cette dynamique d'autonomisation, on a pu assister à une scène très édifiante lors de la visite rendue au CCM du Cameroun par le tout nouveau directeur exécutif du Fonds mondial en 2007. Lors d'une séance de travail, le président du CCM (qui n'était plus le ministre de la santé publique mais un représentant de la présidence de la République) se plaignait ouvertement auprès du Directeur exécutif du Fonds mondial de l'absence d'un budget de fonctionnement du CCM qui le rendait dépendant de la générosité du ministère de la santé publique. En réponse, le Directeur exécutif du Fonds s'était engagé si le CCM en faisait la demande de manière formelle à soutenir financièrement le fonctionnement de son Secrétariat. D'autres ajustements ont eu lieu au CCM Cameroun, qui en donnent aujourd'hui l'image d'un organe doté d'une certaine autorité et jouant un rôle plus important dans le dispositif d'action publique contre le sida, la tuberculose et le paludisme au Cameroun. A titre d'illustration, sur le plan formel, une décision du ministre de la santé publique en juin 2010 abrogeant le texte fondateur du CCM Cameroun le désigne explicitement comme étant l'Instance de coordination nationale des financements du Fonds mondial au Cameroun. Contrairement au texte de 2002, il valide simplement la constitution du CCM telle qu'issue d'une concertation entre ses membres, là où jadis l'acte administratif, expression de la puissance publique, ne souffrait d'aucune remise en cause.

- 10 Le CCM dispose désormais de ses propres locaux et ne dépendait plus, à partir de ce moment là, du ministère de la santé publique pour son fonctionnement. L'organisation et le déroulement de ses réunions tels que nous y avons participé mettent bien en scène l'affirmation de l'autonomie, voire de l'autorité conquise par celui-ci. Le CCM exerce un contrôle sur la manière avec laquelle les bénéficiaires principaux, ainsi que les sous-bénéficiaires utilisent les fonds qui leur sont alloués. Ils doivent notamment au cours de réunions de revue trimestrielle, exposer devant les « commissaires » du CCM, l'état d'avancement de leurs travaux, les difficultés rencontrées, et répondre à leurs questions lorsqu'ils ont besoin d'éclairages ou d'explications sur tel ou tel aspect de leur travail.
- 11 Ces échanges donnent lieu généralement à des recommandations des commissaires qui servent de feuille de route aux bénéficiaires pour la suite de l'exécution de leurs missions. Le CCM pour sa part rend compte des travaux auprès du Fonds mondial qui à travers lui s'assure un suivi de l'utilisation des fonds.

Le poids de l'habitude

- 12 L'observation du fonctionnement du CCM du Cameroun montre qu'il reste marqué par l'emprunte des conditions de sa création et sa trajectoire d'institutionnalisation. S'il est indéniable que le ministre de la santé publique de l'époque a joué un rôle déterminant dans la création de cette instance et que son engagement personnel est une clé de compréhension des performances du Cameroun en termes de mobilisation des subventions du Fonds mondial, cela traduit aussi la marque d'une certaine emprise des pouvoirs publics sur le fonctionnement du CCM. Par exemple, outre le fait de la domination numérique, il n'est pas anodin d'observer que la présidence du CCM a toujours été occupée depuis le début par un représentant de la présidence de la République quand ce n'était plus le ministre de la santé. La vice-présidence quant à elle a pu alterner entre les pouvoirs publics, le secteur privé et la société civile. De plus, l'autonomie affichée par le CCM semble plus velleitaire que réelle. En effet, ses recommandations ne sont pas toujours suivies d'effets et, par exemple, la rédaction de la Note Conceptuelle est souvent confiée au ministère de la santé publique au motif que le CCM ne disposerait pas de l'expertise nécessaire. Des tensions peuvent toutefois être relevées au sein même de ce secteur gouvernemental sous le regard impuissant des autres secteurs comme ce fut le cas notamment en 2013 lorsque, selon les témoignages concordants de plusieurs membres du CCM, le vote pour la désignation du président du CCM avait dû être repris sans explication valable alors que les commissaires avaient porté leur choix sur un représentant des services du premier ministre. C'est ainsi que le représentant de la présidence de la République a été finalement porté à la tête de CCM remportant ainsi le « match » entre le premier ministre et la présidence de la République. Il est loisible d'observer que l'autocratie bureaucratique, entendue comme la tendance à une forte influence des fonctionnaires et agents publics dans la prise de décisions par les organes publics au détriment des autres composantes sociales et notamment la société civile, demeure prégnante au Cameroun (Kontchou Kouomegni, 1984).

Conclusion

- 13 En exportant la théorie de la « dépendance au sentier » (*path dependence*) de l'économie vers la science politique, depuis les années 1990, l'analyse des politiques publiques a connu une ouverture importante (Pierson, 2000). La mise en exergue du « poids des choix effectués dans le passé et celui des institutions politiques sur les décisions présentes » (Palier, 2014 : 411). Cet article s'est inscrit dans cette filiation et l'ébauche de sociologie historique du CCM du Cameroun en constitue une illustration. Entre des principes édictés au niveau supranational par le Fonds mondial et la trajectoire de la réponse institutionnelle de l'Etat camerounais au péril des trois maladies auxquelles le Fonds est dédié, se donnent à lire les mécanismes d'absorption, de résistances, de conformation et des dissonances qui attestent par ailleurs de l'existence des Etats africains souvent décrits ou pensés comme des coquilles vides. Le cas particulier du Cameroun accentue cette « dépendance au sentier » dans la mesure où les pouvoirs publics y occupent et y revendiquent une place indépendante de la spécificité des enjeux. Dans le contexte de la santé et en particulier du CCM, la trajectoire de cette institution est tributaire des rapports de force entre des sous-secteurs de la fonction publique qui portent au devant de la scène du CCM un représentant de la Présidence de la République, au-delà des procédures internes au CCM et sans rapport avec l'efficacité pensée par le Fonds. Il s'agit d'inscrire la marque et l'ethos du contrôle de l'action publique, y compris dans des moments où une délégation des pouvoirs eût été plus conforme aux exigences du Fonds. Rien n'étant irréversible, il est fort possible de renégocier les rôles des uns et des autres, notamment en situation de rupture ou de début de crise. Le fait qu'un des arguments évoqués par le représentant de la Présidence pour garder le contrôle du CCM était l'assurance d'obtenir les fonds de contrepartie que chaque pays doit apporter (au moins 20% de la subvention) et que cette échéance n'ait pas été honorée à ce jour, produit une fenêtre d'opportunité pour rapprocher les acteurs de la logique principale qui guide le Fonds : « sauver des vies ». Dans ce contexte, le Cameroun oppose aux directives du Fonds une relative contradiction de la notion de « confit d'intérêt » dans la mesure où l'opérateur central de la santé est le ministère de la santé publique qui en a l'expertise et l'autorité. A l'inverse, les procédures contrariées du CCM du Cameroun pour l'élection du président du CCM dénudent l'argumentaire des fonds de contrepartie garantis par hypothèse par les sommets de l'Etat dont ce n'est pas le rôle et qui ont des dossiers politiques d'une urgence absolue à gérer. L'urgence du CCM c'est la santé. Il est illusoire de placer le ministère qui lui est dédié en position d'observateur-bénéficiaire car c'est la seule institution pour laquelle l'urgence est la santé publique. Cette incise correspond sans doute aux récentes conclusions de l'Inspecteur général du Fonds mondial qui propose que l'opérateur international s'adapte tant que faire se peut aux contextes différents dans lesquels il intervient. C'est la dépendance au sentier, la prise en compte de l'historicité spécifique des Etats africains (Bayart, 1993), sans remettre en cause l'acuité des standards internationaux.

Références bibliographiques

Ouvrages et articles scientifiques et articles de presse

- 14 Annan K., 2012, « Dix ans de combat pour la santé globale « Un trésor de guerre » », *Le Monde Diplomatique*, Janvier 2012 ;
- 15 Bayart J.-F., 1989, "L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion", *Critique internationale*, n° 5, P. 97-120.
- 16 Bayart J.-F., 1993, *The state in Africa: the politics of the belly* (2nd ed.). London : Longman.
- 17 Eboko F., ABÉ C. & Laurent C. Christian (Eds), 2010, *Accès décentralisé au VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida, 324 p.
- 18 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 262 p.
- 19 Eboko F., Hane F., Demange E. & Faye S., 2015, « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en Développement*, Vol.43-2015/2-n°170 : 59-74.
- 20 Hassenteufel P., 2008, *Sociologie politique : L'action publique*, Paris, Armand Colin, 294 p.
- 21 Kontchou Kouomegni A., 1984, "Administration et politique en Afrique francophone ou de l'autocratie bureaucratique", in CONAC Gérard (dir.), *Les grands services publics dans les Etats francophones d'Afrique noire*, Paris, Economica : 3-52.
- 22 Palier B., 2014, « Path dependence (dépendance au chemin emprunté) », dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques. 4^e édition précédée d'un nouvel avant-propos*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », p. 411-419.
- 23 Pierson P., 2000, « Increasing Return Path Dependence, and the Study Politics », *American Political Science Review*, 94 (2) : 251-267.
- 24 Porto de Oliveira O. & Pimenta de Faria C. A., « Policy Transfer, Diffusion, and Circulation. Research Tradition and the State of the Discipline in Brazil », *Revista Novos Estudos - CEBRAP*, Sao Paulo, Vol. 36, n° 1, Mars 2017, pp. 13-32.

Documents et rapports

- 25 CCM Cameroun, Secrétariat technique, Compte rendu de la réunion du 21 Décembre 2004, Yaoundé.
- 26 CCM Cameroun, Secrétariat technique, Compte rendu de la réunion du 28 Février 2005, Yaoundé.
- 27 CCM Cameroun, Secrétariat technique, Compte rendu de la réunion du 19 Avril 2005, Yaoundé.
- 28 CCM Cameroun, Secrétariat technique, Compte rendu de la réunion du 25 Mai 2005, Yaoundé.
- 29 CCM Cameroun, Secrétariat technique, Compte rendu de la réunion du 06 Juin 2005, Yaoundé.

- 30 Fonds mondial, Bureau de L'Inspecteur général, Rapport consultatif, Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC), Surmonter les obstacles et améliorer les résultats dans une région difficile, Genève, Mai 2019.
- 31 Fonds mondial, Missions d'Etudes sur le Fonctionnement des Instances de Coordination Pays (CCM) Cameroun, Rapport présenté devant le conseil d'administration du Fonds mondial en juin 2004.
- 32 The Global Fund, Office of the Inspector General, Rapport d'audit, L'instance de coordination nationale du Fonds mondial, Genève, Suisse, 25février2016
-

NOTES

1. Cette expression est tirée de la matrice de l'action publique en Afrique conçue par Fred Eboko pour systématiser les configurations d'acteurs qu'on retrouve dans les programmes financés par l'aide au développement en Afrique. Voir Fred Eboko (2015).
2. Il convient de relever que des ONG ont tenté notamment à l'occasion des rounds 2 et 3 de soumettre des propositions au Fonds sans l'aval du CCM. Celles-ci ont été rejetées comme inéligibles, faute d'avoir pu justifier d'outrepasser le CCM.
3. Cf. The Framework Document of the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria/Le document cadre de travail du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria.
4. Il s'agit d'une directive constante depuis au moins le 9^{ème} Conseil d'administration du Fonds mondial tenu à Arusha en novembre 2004.
5. Près de 75% des ressources financières investies dans cette politique au Cameroun proviennent de l'aide au développement, dont plus de la moitié pourvue par le Fonds mondial, alors que la part de l'aide au développement ne va pas au-delà de 15% du budget de l'Etat camerounais. Sur la notion d'extraversion liée à l'Afrique subsaharienne, lire notamment Jean-François Bayart, "L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion", *Critique internationale*, n° 5, 1999, P. 97-120. En 2016 d'après le rapport d'audit du BIG sur les subventions du FM, le Cameroun faisait partie des pays fortement aidés par le Fonds mondial et recevait la 15^{ème} allocation la plus importante au monde (288millions de dollars US en2014-2017).
6. La configuration du Conseil d'administration du Fonds mondial inclue avec voix délibérative les autorités publiques des Etats parties, la société civile, les communautés touchées par les maladies, le secteur privé etc. C'est ainsi que le Cameroun a par exemple, à travers son ministre de la santé a été membre du conseil d'administration du Fonds en continue de janvier 2003 jusqu'en avril 2007 comme représentant de la zone Afrique centrale et de l'ouest. Il a par ailleurs présidé la Commission du portefeuille du Fonds en 2006.
7. Cf. Discours de Kofi Annan au sommet de L'OUA à Abuja en avril 2001. Voir également le témoignage de Kofi Annan dans *Le Monde Diplomatique* (2012).
8. Ce dernier nous affirmait dans un entretien en 2016 dans son bureau être l'auteur des statuts du CCM Cameroun.
9. Entretien avec une ancienne membre du CCM représentant les pouvoirs publics le 15/09/2017.

ABSTRACTS

Résumé

Le CCM Cameroun, comme tous les autres, est le produit d'une histoire singulière dont la restitution des conditions de la naissance et la trajectoire d'institutionnalisation informe sur son fonctionnement actuel. L'instance de coordination nationale du Fonds mondial au Cameroun constitue, de manière emblématique, le prisme par lequel l'Etat camerounais appréhende sa place et son rôle de manière générale et met en œuvre l'ethos du contrôle exercé par l'administration centrale sur l'action publique. Au sein de cette instance, les pouvoirs publics utilisent de manière mécanique la directive internationale de la multi-sectorialité pour être les plus nombreux sur le papier. Paradoxalement, au fil du temps, leur nombre énonce une présence virtuelle dont la chronologie du CCM permet d'expliquer, entre des attentes d'hier qui sont les illusions d'aujourd'hui dans le contexte d'un cadrage procédural et managérial opéré par le Fonds. Cet article part de l'hypothèse de la « dépendance au sentier » (*path dependency*) de la création de ce CCM marqué par l'emprise gouvernementale.

Public authorities in the Cameroon CCM: strategic over-representation (eng)

William TCHUINKAM

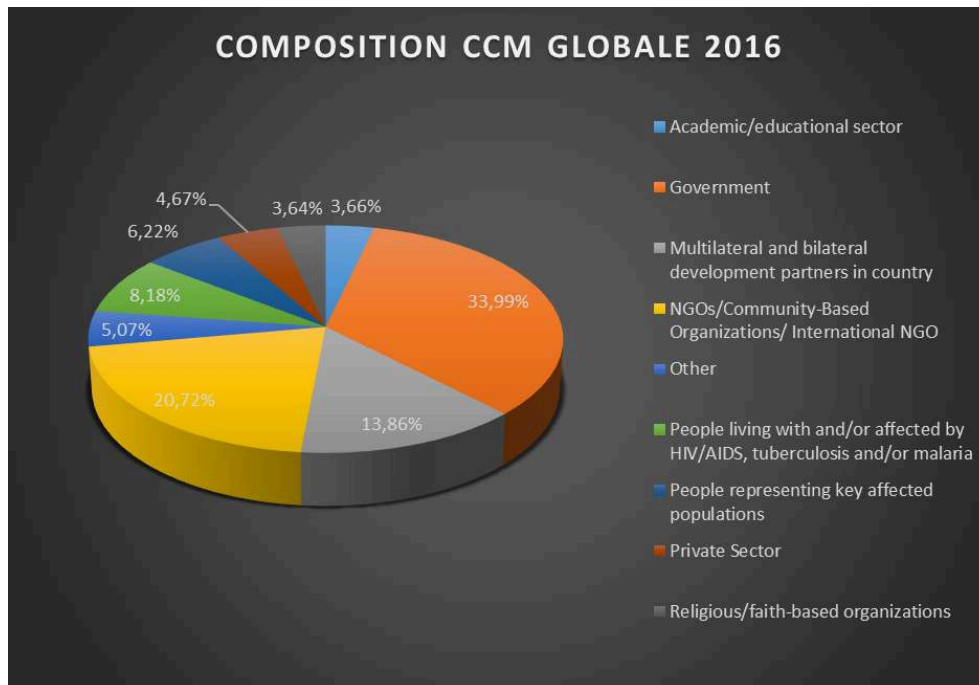
- ¹ The CCM is the main channel through which requests for funding from the Global Fund in the form of *Coordinated Country Proposals* (CCPs) flow, although it also receives requests from *Regional Coordinating Mechanisms* (RCMs) or *Regional Organisations* (ROs), or even so-called non-CCM requests (i. e. not from a CCM). However, the CCM is the policy dialogue agency¹ and deliberative body that relays the work of the Global Fund and coordinates the implementation of the programmes it finances at the national level. In Cameroon, it is a CCM that plays this role of relay².
- ² The CCM is composed of representatives of the government sector, civil society, the private sector, people living with the diseases, development partners and international organizations. ³The public authorities within the Cameroon CCM are made up of representatives of the public administration, namely the ministries, the Office of the Prime Minister and the presidency of the Republic, sometimes supplemented by a representative of academic institutions such as the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. Parliament is also taken into account as part of this governmental sector. Their method of appointment is based on a hierarchical principle in that they are appointed by the person in charge of their administration to sit on the CCM for the duration of the three-year term of office. In the case of parliament, it is the president of the chamber concerned who appoints one of its members (so far, parliament has only been represented on the CCM by members of the National Assembly). The representation of public authorities within the Cameroon CCM is generally made by civil servants or state agents mandated by their hierarchy for the cause. It is organized into thematic sub-sectors, with not all ministries represented as such. Thus, for example, only one seat will be occupied by the ministries concerned with the economy and finance, youth, education, employment and social security, etc., bringing the

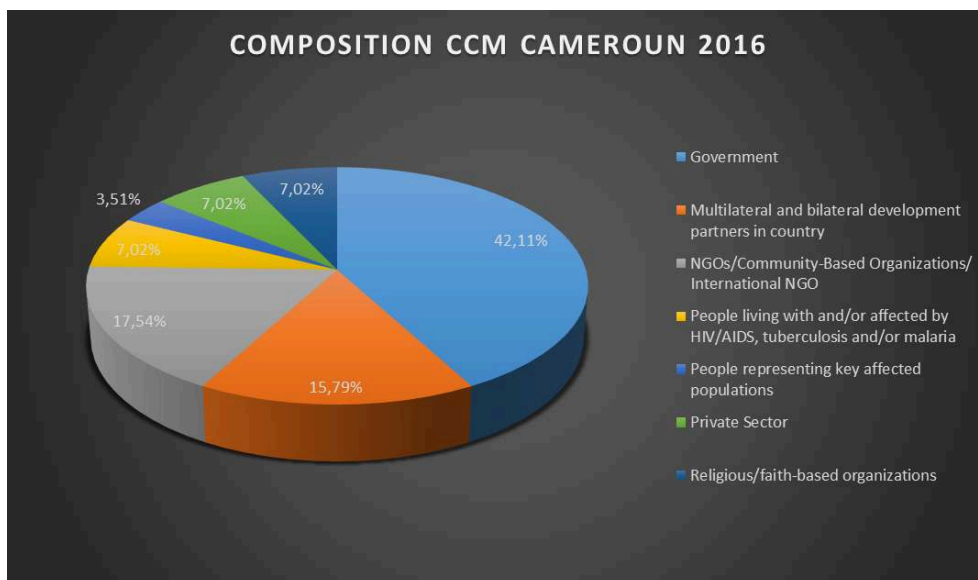
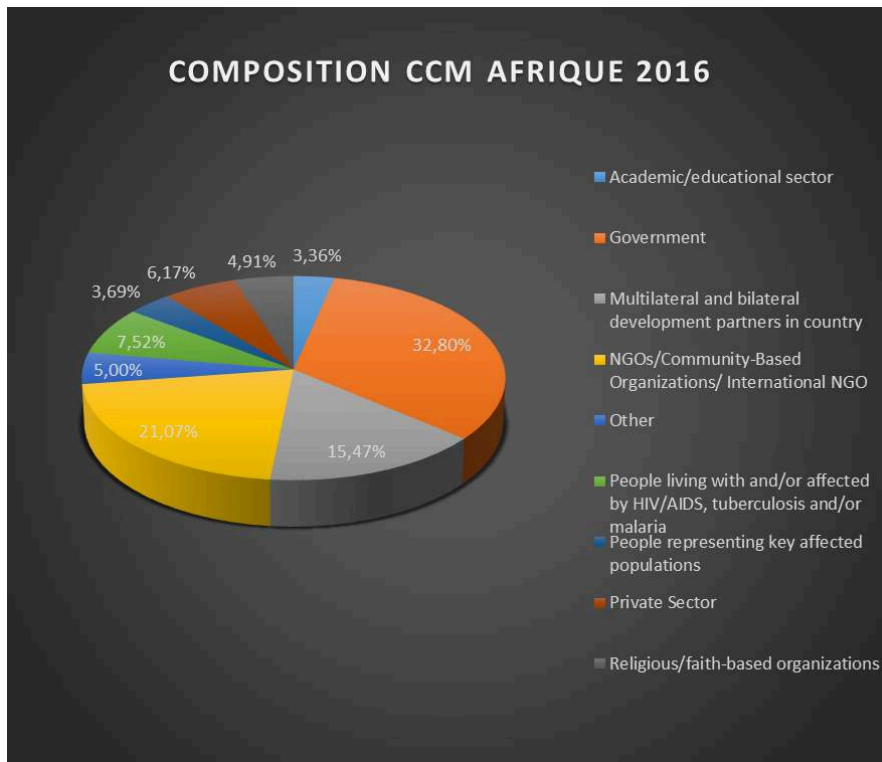
number of full and alternate members representing the public authorities to around 20 out of the 50 members of the CCM.

The representativeness in question

- 3 According to the Global Fund's guidelines, the CCM configuration should ensure that at least 40% of its members are from the non-governmental sector, including NGOs, community-based organizations, people living with the disease, key populations, the private sector and⁴academic institutions. This directive, which aims to ensure a better representation of the various CCM stakeholders, numerically induces a potentially more favourable balance of power for the government sector, depending on the interpretation made by the countries. Thus, while governments are the most numerically represented sector on CCMs worldwide, there is a trend towards a higher representation of this category on the Cameroon CCM compared to the global average, both worldwide and in Africa, as shown in the tables below, based on the Global Fund's figures for CCM membership worldwide in 2016. The analysis of the figures over 10 years ago shows the same trend.

Figure: Comparison of CCM membership worldwide in 2016





Source: Based on Global Fund data (<https://www.theglobalfund.org/en/archive/country-coordinating-mechanism/>)

- 4 This phenomenon had already been highlighted by a report of a mission to evaluate the functioning of the Cameroon CCM, commissioned by the Global Fund in April 2004. This report already noted, among other things, the risks associated with the imbalance in decision-making, with the voice of the administration always being predominant when resolutions are voted on. However, should this be seen as a dysfunction of the Cameroon CCM? What are the political and institutional mechanisms that explain the composition and distribution of actors (national, international, public, associative, private, etc.) and justify that the representation of public authorities, which is already on average higher than that of other sectors in general, is so high in Cameroon? How

can we understand and interpret this configuration of actors that seems to work in favour of the State to the detriment of the other components of the CCM, whose deliberations are supposed to be guided by a concern for autonomy and equity? Should this be seen as a desire for control by the public authorities in an opportunistic logic? In other words, does the place and role of government in the CCM provide information on public action against AIDS, tuberculosis and malaria in Cameroon, the Cameroonian state and how it interacts with an international organization such as the Global Fund? What is it that fundamentally characterizes Cameroon's mode of intervention in this public policy under influence or even extroverted⁵? It should be stressed that the State is not considered here as a monolithic bloc, but is viewed through the prism of the actors who act on its behalf within or outside the CCM and can sometimes hold contradictory positions, even contrary to the general interest or even counterproductive in relation to the objectives pursued.

- 5 CCM activities are based on programs that reflect national sovereignty and respect the wording and procedures established by countries. It is also required that the coordination mechanism thus established be placed at the highest national level responsible for development planning, multi-partner and multisectoral and chaired by a senior official. The Global Fund leaves it up to States to define the size of their CCM according to their specific context, but while ensuring that all stakeholders are as broadly representative as possible. Thus, what appears a priori to be a dysfunction may simply be related to the way in which Cameroon manages the room for manoeuvre it has in its relationship with the Global Fund. However, the analysis of the institutional trajectory of the Cameroon CCM provides further insight into the role of public authorities.

Incremental institutionalization: from role confusion to empowerment?

- 6 At the outset, it should be noted that the standards and guidelines that apply to CCMs are built not only collectively, involving the recipients of the CCMs⁶, but also over time, in a trial and error approach where these guidelines are adjusted as field implementation evaluation reports and other recommendations are taken into account. Thus, it must be understood that a situation that appears normal at a given moment later comes to be considered as posing a conflict of interest and leads to the eviction of the Minister of Public Health from the presidency of the Cameroon CCM. This is therefore not a case where standards are built in Geneva and then transposed to the recipient countries in an import-export logic, but a more complex process of co-construction by margin adjustments, an incremental evolution. The notion of incrementalism (Lindblom, 1959) refers to the idea of public policy in which changes are made at the margin, through successive adjustments, in order to improve existing public action without calling it into question.
- 7 The collective mobilization that led to the creation of the Global Fund in January 2002 clearly indicated the importance of the financial challenge. Indeed, UN Secretary-General Kofi Annan had put all his weight behind his calls for the establishment of a kind of "war chest", an innovative financing mechanism that would live up to the challenge posed by the AIDS pandemic. It also invited African heads of state and other leaders to assume their leadership role and take the lead in mobilizing against this

scourge⁷. In Cameroon, this call was soon reflected in the political discourse that placed the fight against AIDS as a priority on the agenda. On December 31, 2002, during his traditional "message to the Nation", the President of the Republic Paul Biya, said he had launched "a real crusade against this scourge of modern times" and announced the availability of the "most effective therapies[...] within reach of a large number of patients". On the occasion of a ministerial reshuffle in April 2001, a new minister, Mr. Urbain Olanguena Awono, took over as head of the Ministry of Public Health from the Ministry of Economy and Finance, where he held the post of Secretary-General, which he combined with that of Chairman of the Technical Committee for Monitoring Economic, Financial and Social Reforms. From these positions, he would have developed a strong capacity to mobilize financial resources, which he then put to good use, in particular by taking the initiative to follow the opportunity of this powerful dynamic that was being set up under the aegis of the United Nations. This initiative has also met with considerable resistance from the Cameroonian authorities and some members of the CCM based on the fact that at the same time there were other financing sources, in particular from the World Bank (Abdoulkadri, 2013), which were already causing problems in terms of absorption of funds. This reluctance did not slow down the Minister of Public Health in his efforts. In this dynamic, he would later serve not only as head of the Cameroon CCM but also on the Global Fund's Board of Directors. In his approach, he was accompanied by a young doctor and economist, expert in charge of the health sector at the Advisory and Monitoring Committee on HIPC resource management, and familiar to this type of institution, which channels funding from international donors⁸. It is in this context that the Cameroon CCM was created by Ministerial Decision No. 0366/D/MSP/CAB of 9 August 2002, as the *Joint Coordination and Monitoring Commission of the National Committees to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. This decision set the framework for the functioning of the CCM without consultation with other stakeholders in a forum that was intended to be inclusive and participatory.

- 8 Article 2 of this constitutive text made it an advisory and support body to the action of the Minister of Public Health, who therefore chaired it, while the vice-presidency was automatically vested in a representative of the President of the Republic, contrary to the recommendations of the Global Fund, which called for their election by the members of the CCM according to a procedure adopted by consensus. Thus, the CCM appeared more like a governmental structure under the supervision of the Minister of Public Health, on whom it depended financially, than a consultative body with a certain autonomy and supposed to play a role of control and supervision of the use - including by the State through the Ministry of Health - of the resources allocated by the Global Fund. At first glance, this structure appeared to have been hastily built to meet at least the Global Fund's requirements for submitting a funding proposal for Round 2. This was done a month later but ended in failure. It is interesting to note that at the time of the creation of the Cameroon CCM, several options were on the table, based on the Global Fund's guidelines. The latter was indeed quite flexible on its requirements in terms of structuring the CCM. In addition to the flexibility given to countries to define the size of their CCM, it was possible - or even strongly suggested - to support the CCM to be created preferably on the basis of an existing body. However, the Minister of Public Health chose to create a new institution from scratch when, at the same time, there were many similar coordination bodies, even within the Ministry of Health, that could have met the criteria. This situation underlines the importance of understanding the process of the birth conditions of the Cameroon CCM.

Ambivalent conditions for creation

- 9 The institutional trajectory of the Cameroon CCM depends on how well it has adapted to the transformations of the Global Fund, while gradually affirming a desire for autonomy over the supervision of the Ministry of Public Health. Its initial configuration, in addition to the specific conditions of its creation, reflected a congenital confusion of role, with the Ministry of Health potentially receiving grants on the basis of a choice made by the body chaired by the Minister of Health. Moreover, CCM meetings have long been held on the Ministry's premises⁹, adding to the confusion. This did not prevent the Cameroon CCM from submitting proposals to the Global Fund and obtaining grants for the third round of funding in 2003. This clear benevolence of the Global Fund towards the Cameroon CCM was only denied when, following numerous reports and discussions within its Board, the Global Fund raised the issue of conflicts of interest and urged the CCMs to take the necessary steps to prevent or resolve them. Since 2005, the presidency of the Cameroon CCM has therefore been the subject of a vote by the members of the body, without the Minister being eligible to be elected. He is no longer even a member of the CCM and now only attends meetings on an exceptional basis and by invitation. In the same spirit of empowerment, there was a very edifying scene during the visit to the Cameroon CCM by the newly appointed Executive Director of the Global Fund in 2007. During a working session, the President of the CCM (who was no longer the Minister of Public Health but a representative of the Presidency of the Republic) openly complained to the Executive Director of the Global Fund about the absence of an operating budget for the CCM that made him dependent on the generosity of the Ministry of Public Health. In response, the Executive Director of the Fund had made a commitment if the CCM formally requested it to provide financial support for the functioning of its Secretariat. Further adjustments have taken place at the Cameroon CCM, which now reflect its image as a body with some authority and a greater role in the public response to AIDS, tuberculosis and malaria in Cameroon. As a formal illustration, a decision by the Minister of Public Health in June 2010 repealing the founding text of the Cameroon CCM explicitly designates it as the National Coordination Mechanism for Global Fund financing in Cameroon. Unlike the 2002 text, it simply validates the constitution of the CCM as the result of consultation between its members, whereas in the past the administrative act, an expression of public authority, did not suffer from any questioning.
- 10 The CCM now has its own premises and no longer depended, from that moment on the Ministry of Public Health for its operation. The organization and conduct of its meetings as we have participated in them clearly demonstrate the affirmation of the autonomy, or even the authority, acquired by it. The CCM exercises control over the way in which Principal Recipients and Sub-Recipients use the funds allocated to them. In particular, during quarterly review meetings, they must present to the CCM "Commissioners" the progress of their work, the difficulties encountered, and answer their questions when they need clarification or explanation on one or other aspect of their work.
- 11 These exchanges generally result in recommendations from the Commissioners, which serve as a roadmap for the recipients to follow in the performance of their missions.

The CCM, for its part, reports to the Global Fund, which monitors the use of the funds through the CCM.

The weight of habit

- 12 Observation of the functioning of the Cameroon CCM shows that it remains marked by the seal of the conditions of its creation and its institutionalization trajectory. While it is undeniable that the then Minister of Public Health played a key role in the creation of this body and that his personal commitment is a key to understanding Cameroon's performance in terms of mobilizing Global Fund grants, it also reflects a degree of government control over the functioning of the CCM. For example, in addition to the fact of numerical domination, it is not insignificant to observe that the presidency of the CCM has always been held from the beginning by a representative of the presidency of the Republic when it was no longer the Minister of Health. The vice-presidency was able to alternate between the public authorities, the private sector and civil society. In addition, the autonomy displayed by the CCM seems to be more deliberate than real. Indeed, its recommendations are not always followed up and, for example, the drafting of the Concept Note is often entrusted to the Ministry of Public Health on the grounds that the CCM does not have the necessary expertise. However, tensions can be noted within this government sector itself under the helpless gaze of other sectors, as was the case in 2013 when, according to corroborating evidence from several CCM members, the vote for the appointment of the CCM chair had to be resumed without a valid explanation, whereas the Commissioners had chosen a representative of the Prime Minister's office. Thus, the representative of the Presidency of the Republic was finally appointed head of the CCM, thus winning the "match" between the Prime Minister's office and the Presidency of the Republic. It may be observed that bureaucratic autocracy, understood as the tendency for civil servants and public agents to have a strong influence in decision-making by public bodies at the expense of other social components, particularly civil society, remains prevalent in Cameroon (Kontchou Kouomegni, 1984).

Conclusion

- 13 By exporting the theory of "*path dependence*" from economics to political science, public policy analysis has been significantly expanded since the 1990s (Pierson, 2000). The emphasis on the "weight of choices made in the past and that of political institutions on current decisions" (Palier, 2014: 411). This article is in line with this lineage and the draft historical sociology of the Cameroon CCM is an illustration of this. Between the principles laid down at the supranational level by the Global Fund and the trajectory of the Cameroonian State's institutional response to the risk of the three diseases to which the Fund is dedicated, the mechanisms of absorption, resistance, conformation and dissonance are read, which also attest to the existence of African States, often described or thought of as empty shells. The particular case of Cameroon accentuates this "path dependence" insofar as the public authorities occupy and claim a place in it which is not related to the specificity of the stakes. In the context of health and in particular the CCM, the trajectory of this institution depends on the balance of power between sub-sectors of the public service, which brings a representative of the Presidency of the Republic to the forefront of the CCM scene, beyond the CCM's

internal procedures and unrelated to the effectiveness thought by the Fund. The point is to print the brand and ethos of public action control, including at times when a delegation of authority would have been more in line with the Fund's requirements. Since nothing is irreversible, it is quite possible to renegotiate the roles of each other, especially in a situation of rupture or the beginning of a crisis. The fact that one of the arguments put forward by the Presidency representative to keep control of the CCM was the assurance of obtaining counterpart funds that each country must provide (at least 20% of the grant) and that this deadline has not been met to date, produces a window of opportunity to bring the actors closer to the main logic guiding the Fund: "save lives". In this context, Cameroon opposes to the Fund's directives a relative contradiction of the notion of "conflict of interest" insofar as the central health operator is the Ministry of Public Health, which has the expertise and authority to do so. On the other hand, the Cameroonian CCM's thwarted procedures for the election of the CCM chairperson undermine the argument of counterpart funds guaranteed by assumption by state summits whose it is not the role, and which have political files of absolute urgency to manage. The CCM's emergency is health. It is illusory to place the ministry dedicated to it in the position of observer-beneficiary because it is the only institution for which public health is the only emergency. This incise probably corresponds to the recent conclusions of the Inspector General of the Global Fund, who proposes that the international operator adapt as much as possible to the different contexts in which it operates. This is the path dependence, taking into account the specific historicity of African States (Bayart, 1993), without questioning the acuity of international standards.

Bibliographical references

Books, scientific articles and press articles

- 14 Annan K., 2012, « Dix ans de combat pour la santé globale « Un trésor de guerre » », *Le Monde Diplomatique*, Janvier 2012 ;
- 15 Bayart J.-F., 1989, "L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion", *Critique internationale*, n° 5, P. 97-120.
- 16 Bayart J.-F., 1993, *The state in Africa: the politics of the belly* (2nd ed.). London : Longman.
- 17 Eboko F., ABÉ C. & Laurent C. Christian (Eds), 2010, *Accès décentralisé au VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida, 324 p.
- 18 Eboko F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 262 p.
- 19 Eboko F., Hane F., Demange E. & Faye S., 2015, « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en Développement*, Vol.43-2015/2-n°170 : 59-74.
- 20 Hassenteufel P., 2008, *Sociologie politique : L'action publique*, Paris, Armand Colin, 294 p.
- 21 Kontchou Kouomegni A., 1984, "Administration et politique en Afrique francophone ou de l'autocratie bureaucratique", in CONAC Gérard (dir.), *Les grands services publics dans les Etats francophones d'Afrique noire*, Paris, Economica : 3-52.

- 22 Palier B., 2014, « *Path dependence* (dépendance au chemin emprunté) », dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques. 4^e édition précédée d'un nouvel avant-propos*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », p. 411-419.
- 23 Pierson P., 2000, « Increasing Return Path Dependence, and the Study Politics », *American Political Science Review*, 94 (2) : 251-267.
- 24 Porto de Oliveira O. & Pimenta de Faria C. A., « Policy Transfer, Diffusion, and Circulation. Research Tradition and the State of the Discipline in Brazil », *Revista Novos Estudos - CEBRAP*, Sao Paulo, Vol. 36, n° 1, Mars 2017, pp. 13-32.

Documents and reports

- 25 CCM Cameroun, Secrétariat technique, *Compte rendu de la réunion du 21 Décembre 2004*, Yaoundé.
- 26 CCM Cameroun, Secrétariat technique, *Compte rendu de la réunion du 28 Février 2005*, Yaoundé.
- 27 CCM Cameroun, Secrétariat technique, *Compte rendu de la réunion du 19 Avril 2005*, Yaoundé.
- 28 CCM Cameroun, Secrétariat technique, *Compte rendu de la réunion du 25 Mai 2005*, Yaoundé.
- 29 CCM Cameroun, Secrétariat technique, *Compte rendu de la réunion du 06 Juin 2005*, Yaoundé.
- 30 Fonds mondial, Bureau de L'Inspecteur général, *Rapport consultatif, Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC), Surmonter les obstacles et améliorer les résultats dans une région difficile*, Genève, Mai 2019.
- 31 Fonds mondial, *Missions d'Etudes sur le Fonctionnement des Instances de Coordination Pays (CCM) Cameroun*, Rapport présenté devant le conseil d'administration du Fonds mondial en juin 2004.
- 32 The Global Fund, Office of the Inspector General, *Rapport d'audit, L'instance de coordination nationale du Fonds mondial*, Genève, Suisse, 25février 2016.

NOTES

1. This expression is taken from the matrix of public action in Africa designed by Fred Eboko to systematize the configurations of actors found in programs funded by development aid in Africa. See Fred Eboko (2015).
2. It should be noted that NGOs have attempted, in rounds 2 and 3, to submit proposals to the Fund without the approval of the CCM. These were rejected as ineligible because they could not justify exceeding the CCM.
3. See The Framework Document of the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria/The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Framework Document.

4. This has been a consistent guideline since at least the 9th Board of the Global Fund held in Arusha in november 2004.
 5. Nearly 75% of the financial resources invested in this policy in Cameroon come from development aid, more than half of which is provided by the Global Fund, while the share of development aid does not exceed 15% of the Cameroonian State budget. On the notion of extroversion linked to sub-Saharan Africa, see Jean-François Bayart, "L'Afrique dans le monde: une histoire d'extraversion", *Critique internationale*, n° 5, 1999, P. 97-120. In 2016, according to the IGO audit report on MF grants, Cameroon was one of the countries heavily supported by the Global Fund and received the 15th largest allocation in the world (US\$288 million in 2014-2017).
 6. The configuration of the Global Fund Board includes with voting rights public authorities of States Parties, civil society, disease-affected communities, the private sector, etc. For example, Cameroon, through its Minister of Health, was a member of the Fund's Board of Directors from January 2003 to April 2007 as a representative of the Central and West African zone. He also chaired the Fund's Portfolio Commission in 2006.
 7. See Kofi Annan's speech at the OAU Summit in Abuja in April 2001. See also Kofi Annan's testimony in *Le Monde Diplomatique* (2012).
 8. The latter told us in an interview in 2016 in his office that he was the author of the statutes of the Cameroon CCM.
 9. Interview with a former CCM member representing the public authorities on 15/09/2017.
-

ABSTRACTS

Executive Summary

The Cameroon CCM, like all the others, is the product of a singular history whose restitution of the conditions of birth and the trajectory of institutionalization informs its current functioning. The Global Fund's Country Coordinating Mechanism in Cameroon is, in an emblematic way, the prism through which the Cameroonian State understands its place and role in general and implements the ethos of central government control over public action. Within this body, public authorities mechanically use the international multi-sector directive to be the most numerous on paper. Paradoxically, over time, their number reflects a virtual presence whose chronology of the CCM makes it possible to explain, between expectations of the past that are today's illusions in the context of a procedural and managerial framework operated by the Fund. This article is based on the hypothesis of "*path dependency*" in the creation of this CCM marked by government control.

La question des populations-clés dans les ICN : les associations entre impératif de santé publique et enjeux idéologiques. Une comparaison Cameroun, Burkina Faso (fr)

Anicet KABORE, Cyrille ENYU'U and Fred EBOKO

- 1 La question des « populations clés » s'est imposée dans la littérature à la suite des évidences scientifiques qui montraient que certaines catégories sociales étaient confrontées au risque d'infection au VIH dans des proportions nettement plus élevée que celle qui concernaient la population dite « générale ». Tout en révélant un éventail de catégories sociales particulièrement exposées à ce risque, ce problème s'est accompagné de la question politique des minorités sexuelles, en particulier celles des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), notamment en Afrique (BROQUA, 2012).
- 2 « Par conséquent, en ciblant les minorités sexuelles, ces directives lient aux objectifs de santé publique ceux de la reconnaissance de leurs droits. Inspirés de l'histoire des mobilisations contre le sida en Occident et des revendications pour la reconnaissance des minorités sexuelles aux États-Unis et en Europe, ces dispositifs globaux participent à la reconnaissance publique et politique d'identités sexuelles non hétérosexuelles. Face à ces injonctions internationales, un grand nombre d'États africains ont intégré les HSH dans leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida. Pour autant, et selon les contextes, ces dispositions co-existent parfois avec des dispositifs juridiques qui pénalisent les pratiques homosexuelles » (GALLARDO, LE GALL & ROJAS CASTRO, 2018 : 327).

- 3 La comparaison qui justifie ce texte tire un de ses intérêts que la discussion ne porte pas exclusivement sur les HSH mais tente de montrer comment ce groupe polarise les débats, à partir de deux pays dont un connaît des dispositions pénales contre les pratiques sexuelles entre les personnes de même sexe (le Cameroun), tandis dans l'autre ces dispositions pénales sont absentes (le Burkina Faso).
- 4 Cette analyse comparative porte sur les acteurs et le contexte des réformes inspirées par l'approche des populations-clés, les enjeux de ces réformes issues des recommandations internationales, en l'occurrence du Fonds mondial qui les impose dans les CCM comme une des conditions sine qua non d'allocation des subventions depuis 2008 (Fonds mondial, 2009). Il s'agit dans le même de décrire leur inscription dans une configuration nationale préexistante. L'objectif de cet article consiste à interroger les types et les degrés de convergence et de divergence relatifs aux modalités de construction du problème. Cela suppose de questionner le processus de définition des priorités de l'action publique dans le contexte pour l'accès au traitement à la prévention contre le VIH/sida. Ici se pose la question de la conformation nationale à des standards et/ou des directives supranationales, à savoir « la convergence des politiques publiques ». A la suite de Colin J. Bennett (BENNETT, 1991), Patrick Hassenteufel la considère comme étant « un processus dynamique qui se traduit par le fait que, dans un même domaine et face au même type d'enjeu et de problème, un nombre important de pays aux politiques publiques contrastées, adopte progressivement les mêmes politiques publiques ». (HASSENTEUFEL, 2005, 123).
- 5 L'approche comparative du présent article se fonde donc sur une analyse des modalités nationales d'appropriation et de traduction de l'approche des populations-clés et des modes opératoires diffusés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose à travers les ICN des pays de l'Afrique subsahariens. La comparaison concernera les ICN du Burkina Faso et du Cameroun porte ainsi sur la transnationalisation des politiques publiques.
- 6 La démarche comparative dans ce contexte permet de saisir les variations nationales de cette diffusion transnationale. Les niveaux d'analyse de ces variations peuvent concerner les acteurs importateurs et traducteurs, le moment et le contexte des réformes inspirées par ces modèles, les enjeux à partir desquels les réformes sont introduites, l'étendue des réformes, leur contenu précis et leur inscription dans une configuration nationale préexistante.
- 7 « La comparaison transnationale des politiques publiques intègre les questionnements, les méthodes et les apports de l'analyse comparative internationale, contrairement aux travaux sur les transferts de politiques, qui, le plus souvent, en privilégiant les cas de transfert d'un pays à l'autre, délaissent la comparaison » (HASSENTEUFEL, 2005 :130).
- 8 Les acteurs importateurs et traducteurs de l'approche des populations-clés dans le contexte du Burkina Faso et du Cameroun sont le Fonds mondial, les instances de coordination nationale du Fonds mondial, le Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles du Burkina Faso (CNLS-IST) et le Comité national de lutte contre le sida du Cameroun (CNLS).

« Populations-clés » : Contraintes de la réception d'une notion

- 9 Dans le cadre la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, le Fonds mondial impulse des options politiques et des modalités pratiques et techniques de coopération

avec les partenaires locaux à travers ses plateformes que sont les instances de coordination nationale de lutte contre les trois maladies (ICN). Il en est ainsi du transfert de l'approche des « populations-clés » par l'entremise de « directives internationales standardisées » (Demange in Darbon, 2009 :128). Un tel processus peut rencontrer sur le plan local des formes résistances inhérentes au contenu du transfert de politiques publiques que Thierry Delpeuch explicite de la manière suivante :

- 10 « Toute organisation comporte des éléments d'ordre culturel qui sont très difficilement exportables dans un contexte étranger – comme des représentations, des croyances, des valeurs, des attitudes, des normes informelles- et peut nécessiter, pour fonctionner, des conditions politiques, économiques et sociales qui sont pratiquement impossibles à créer au moyen d'une action volontariste dans l'environnement de réception » (DELPEUCH, 2008, p. 56).
- 11 A l'inverse, il nous faut éviter de formuler des impasses a priori, là où les faits montrent des situations plus complexes, mêlant des collisions et des collusions idéologiques, relationnelles et sociales. Notre travail ici vise à analyser la nature et les enjeux politiques et sociologiques qui ont entouré ces transferts et “modèles voyageurs” dont les travaux de Jean-Pierre Olivier de Sardan et de ses collègues ont largement fait état dans d'autres domaines (OLIVIER DE SARDAN, 2008, 2016, 2018).
- 12 Comment ces éléments déterminent-ils la réception de ces directives par les acteurs politiques et institutionnels des structures étatiques que sont le CNLS-IST du Burkina Faso, du CNLS du Cameroun ainsi que des ICN considérées suivant la typologie de Fred Eboko comme des agences de concertation (EBOKO, 2015) ?

L'appropriation notionnelle du concept de « populations-clés » par les acteurs locaux au Cameroun et au Burkina Faso.

- 13 La question des populations-clés fait l'objet d'une appréhension différentielle de sa ou ses définitions entre le Fonds mondial d'une part et les CNLS-IST du Burkina et du Cameroun de l'autre. Une certaine convergence caractérisait la tendance des CNLS à définir la population-clé à partir des marges de liberté que leur accordait l'ONUSIDA. En effet une clause de l'ONUSIDA laisse à chaque pays une marge de manœuvre pour une définition contextuelle du concept de « populations clés » qui réponde aux réalités de l'épidémie au plan local (ONUSIDA, 2015).
- 14 Dans cette logique, les « populations-clés » telles que définies par les responsables du CNLS-IST du Burkina regroupaient en 2016 plus que les cinq composantes définies par le Fonds mondial. Pendant que ce dernier retient les professionnels du sexe, les usagers de drogue injectable, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes du milieu carcéral comme populations-clés, un membre du CNLS-IST les définissait de la manière suivante :
- 15 « Les « populations clés » dont nous parlons chez nous, on les appelle « les populations à haut risque ». Il n'y a pas que les « hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes », il n'y a pas que les travailleurs du sexe, il y a les orpailleurs, il y a ceux qui sont en incarcération, il y a les jeunes à l'heure actuelle qui ont un taux de nouvelle infection qui ne descend pas beaucoup et enfin il y a les femmes enceintes » (Membre du secrétariat permanent du CNLS-IST Burkina).
- 16 Les interactions des populations jeunes et adultes dans l'activité d'exploitation de l'or étaient considérées comme des facteurs d'exposition à l'infection à VIH. Les groupes associés à la notion de « populations clés » par ce responsable du CNLS, renvoient à la

définition que donne l'OMS aux « populations vulnérables » parmi lesquelles se trouvent par exemple les travailleurs migrants et les adolescents (OMS, 2016).

- 17 La particularité de la définition du Cameroun de cette catégorie de personnes réside dans le fait d'une variation de la définition d'un plan stratégique national (PSN)¹ à l'autre. L'identification et l'intégration d'un groupe social comme faisant partie des populations clés donnent généralement lieu à d'intenses débats au sein du comité de rédaction du PSN au CNLS. L'enjeu étant la survie de certains acteurs, en l'occurrence associatifs dont les financements sont tributaires des axes d'interventions prioritaires de l'Etat, tel que contenues dans le PSN. Les données épidémiologiques revêtent dans cette configuration le sceau de l'intangibilité.
- 18 « (...) *Ce sont les données épidémiologiques qui vont parler et qui donnent l'évidence, l'évidence de la priorisation. Donc c'est un consensus scientifique. Ce n'est pas une décision où on se lève on se met à imposer. On met des évidences scientifiques et chacun les observe et de commun accord on retrouve que voilà l'orientation, voilà la cible prioritaire, voilà les zones d'intervention* »².
- 19 La notion de population-clés se prête ainsi à des interprétations différentes mais rencontre derechef les objectifs épidémiologiques et des impératifs politiques des instances nationales. L'option du Fonds mondial de se concentrer sur quatre groupes de populations relève d'une volonté de formation à laquelle il soumet les ICN. En 2016 dans l'usage des populations clés recouvraient des acceptions variables de la part des acteurs de l'ICN Burkina :: « populations clés », « populations passerelles » et « populations vulnérables ».

La réception institutionnelle et politique de l'approche des « populations-clés » au Burkina et au Cameroun.

- 20 L'inscription des réformes concernant les populations-clés a été réalisée de manière graduelle dans l'échelle institutionnelle et politique du Burkina Faso et du Cameroun. Le levier de ressources financières a déterminé le mode opératoire dans l'importation et la réception de cette approche. L'argumentaire des subventions par le Fonds mondial conditionne la satisfaction des besoins financiers des institutions locales par une prise en compte de cette approche dans l'élaboration des politiques de lutte contre le sida. Pour autant, ce schéma est assez labile à l'intérieur des deux contextes du Burkina et du Cameroun et concerne très largement l'Afrique subsaharienne avec des gradients qui varie suivant le type d'associations. Christophe Broqua parle de deux tendances qui concernent « les nouvelles associations à l'intersection de différents groupes (par exemple, HSH et usagers de drogue), visant donc à mettre en avant des individus qui combinent plusieurs facteurs de risque, et de l'autre des associations toujours plus spécialisées, souvent issues de scissions, telles que les groupes spécifiquement trans (trans ou intersexués) qui souhaitent s'autonomiser des associations HSH puis LGBT qui prenaient jusqu'alors ces publics sous leurs ailes » (Broqua, 2018 : 30).
- 21 La problématique des « populations-clés » dans le cadre institutionnel de la lutte contre le sida au Burkina, comporte deux grandes étapes. La première correspond les « professionnels du sexe ». La deuxième étape concerne les minorités sexuelles en particulier les HSH autour de ce qui peut être nommé la question « homosexuelle ». Les politiques nationales édictées par le Comité technique de lutte contre le sida (CTLS) au cours de l'année 1987, comprenaient une stratégie dénommée « Information-Education-Communication » (IEC) portant principalement sur les « professionnels du

sexe » (« SP-CNLS/IST - Historique et organisation », 2015). À partir de l'année 1990, cette stratégie a été intensifiée et a servi de base à une campagne d'information sur le sida organisée par une ONG dénommée "Programme de marketing social et de communication pour la santé" (PROMACO), au profit de « groupes à risques » tels que les routiers, les établissements secondaires et les professionnels du sexe (Soubeiga, 2016, p. 75-77). La deuxième étape, celle de la prise en compte des homosexuels sur le plan de la politique nationale de lutte contre le sida, a commencé au cours de l'année 2009 selon les témoignages des acteurs associatifs locaux et se présente de manière plus ouverte en 2012 à travers un discours officiel du Chef de l'État Burkinabè, président du CNLS-IST, qui faisait mention de cette catégorie de personnes.

- 22 Le schéma camerounais de la réception des populations clés obéit plutôt à une dynamique qui met en évidence la dépendance étatique et un contexte international favorable. En effet, la découverte au milieu de la décennie 1980 des premiers cas de sida au Cameroun est concomitante à la grave crise économique qu'a connue ce pays, ainsi que la plupart des États de l'Afrique subsaharienne. Depuis lors, l'État du Cameroun est extrêmement dépendant des ressources extérieures notamment celles du Fonds mondial³ dans le cadre de ses politiques de riposte contre le sida. Cette dépendance va s'accroître avec la consécration de la gratuité des ARV, le 1^{er} mai 2007 et subséquemment, la décision récente de subventionner les examens de suivi biologiques ainsi que la prise en charge gratuite de certaines infections opportunistes par l'État⁴. Vers la fin des années 2000, la prise en charge des patients camerounais va prendre une tournure dramatique du fait de l'extrême dépendance de l'État. Suite au rejet de la candidature du Cameroun au round 09 de financement du Fonds mondial, certains programmes de soutien à la gratuité des traitements ARV à l'instar du Programme national de soutien aux Orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du sida (PSN-OEV 2006-2010) vont être suspendus (KOJOUE, 2013). Dans la foulée, le Cameroun va également connaître des ruptures de stocks en ARV d'une rare intensité au cours de la période allant de 2009 à 2011. L'amélioration de la situation est venue de la décision du gouvernement camerounais de satisfaire les exigences du Fonds mondial.
- 23 « A partir du round 10, le Fonds mondial avait exigé, c'était une conditionnalité que la problématique des populations clés doit être prise en compte. Si elle n'est pas prise en compte la demande de financement n'est pas approuvée. Dans ce contexte on a dû retravailler pour qu'on l'intègre dans le PSN sida et puis dans la demande de financement »⁵.
- 24 Le PSN (2011-2015) et la demande de financement du Cameroun au round 10 du Fonds mondial sont amendés au profit de l'intégration des HSH comme population clé. Alors que le pays connaît des violences, des controverses et des débats politico-médiatiques hostiles aux HSH (AWONDO, 2012) le Cameroun obtient le financement dudit round. En 2012, la réforme de l'ICN telle que voulue par le Fonds mondial vient couronner l'ensemble de la stratégie par l'octroi d'un siège de membre aux populations clés. Nous sommes là au cœur de ce que Fred Eboko appelle un « modèle dissonant de politiques publiques ». Il montre, dans un autre contexte que celui des populations clés que l'action publique camerounaise contre sida est plus le produit d'une offre institutionnelle internationale que le résultat de demandes sociales formelles et structurées basées sur les besoins exprimés par les populations (EBOKO, 2013). Ce qui dans ce cadre correspond à la défense des droits d'une partie de la population. Bien que les données épidémiologiques plaident en faveur de l'orientation de la riposte vers les populations clés, les stratégies visant à les prendre en compte correspondent

néanmoins à un tournant idéologique. Il se traduit par la montée en puissance de la dimension des droits humains dans les stratégies de la lutte contre le sida. Dans son document intitulé Nouveau Modèle de Financement du Fonds mondial, le Fonds fait de la promotion et la défense des droits de l'homme un objectif stratégique (Le Fonds mondial, 2013). Il s'engage à s'assurer de ne pas soutenir les programmes qui enfreignent les droits de l'Homme, à intégrer ces droits dans les cycles complets de ses subventions et à accroître les investissements qui visent à aplanir les obstacles à l'accès liés aux droits de l'homme. Il en est de même des principales organisations internationales qui interviennent dans la lutte contre le sida. Pour l'ONUSIDA à travers son document d'orientation stratégique *Objectif zéro*, il s'engage à faciliter la mobilisation de masse pour faire évoluer les normes sociales afin de donner aux personnes les moyens d'éliminer la stigmatisation et la discrimination, ainsi que le risque d'infection à VIH, notamment par le biais de la participation des réseaux de PVVIH et d'autres populations clés (ONUSIDA, 2010). Les initiatives de l'OMS visent quant à elles à travailler sur l'environnement dans lequel vivent les populations clés, c'est-à-dire de permettre l'adoption de législations moins répressives. Cela passe par la dépénalisation de certaines pratiques comme l'homosexualité (WHO, 2014). Les populations clés tirent profit de ces réorientations stratégiques pour intégrer et participer, au même titre que les autres acteurs, à l'élaboration et la mise en œuvre de l'action publique contre le sida.

- 25 La prise en compte des populations clés ou de la réalité homosexuelle dans les stratégies nationales de l'accès universel aux traitements du Cameroun et du Burkina Faso est corrélée à des objectifs de santé publique. Ces objectifs visent officiellement la réduction de la prévalence, la morbidité et la mortalité liées au VIH grâce à la diminution des nouvelles infections dans les populations clés et une amélioration de la qualité de la prise en charge, etc.

Les populations clés : marqueur d'affinités politico-idéologiques dans les ICN.

- 26 L'inscription des réformes relatives à l'approche des populations-clés dans les configurations nationales préexistantes souligne la question des représentations qui entourent ces catégories. Une déconstruction idéologique et politique caractérise les interactions internationales et nationales autour de cette approche et de sa traduction dans les politiques de lutte contre le sida. Si du côté Burkinabè le problème se pose en termes de cloisonnement entre les plans épidémiologique et sociétal dans le cadre de cette interaction, du côté camerounaise c'est la triptyque rejet social, tension associative, et suspicion de favoritisme qui prévaut.

La question homosexuelle au Burkina : une ambivalence politique

- 27 Dans le cas du Burkina, certaines questions sociétales polarisent et animent les débats et les rapports de force au sein de l'ICN Burkina. L'approche des « populations-clés » figure parmi ces débats. La question dans l'ICN est de savoir sous quel angle, cette approche doit être considérée : sous l'angle épidémiologique ? Sous l'angle sociétal ? Sous les deux angles ? Chacune des forces porte une idée différente et s'active pour la faire valoir. Quatre figures institutionnelles se positionnent dans ce débat concernant la définition des modalités de réception et de mise en œuvre de l'approche des

« populations-clés » notamment celle touchant la catégorie des HSH. L'argumentaire du Fonds mondial se situe au plan épidémiologique. Le CNLS-IST se positionne sur deux échelons : épidémiologique et sociétal. Les politiques nationales définies par cette institution s'efforcent de prendre en compte et de capitaliser les sensibilités sociales dans la lutte contre le VIH/sida. Les religieux et coutumiers et d'autres acteurs associatifs se situent dans les deux niveaux également. Se situant dans un rôle d'intermédiaires face aux changements sociétaux et politiques au Burkina Faso, ils s'emploient à influencer la définition des stratégies de lutte contre le sida dans le sens de leur vision éducative et morale. Interviennent enfin les populations locales dont la sensibilité est évoquée dans les interactions au sein de l'ICN pour légitimer ou délégitimer les arguments de certains acteurs. Cette force impersonnelle, insaisissable, constitue une sorte d'« opinion publique », aux contours difficiles à cerner et qui s'exprime parfois par des formes de protestations explicites. Les trois premières forces possèdent, chacune, leur source de légitimation spécifique, censée être reconnue et acceptée par les autres. La particularité de la quatrième force relève du fait qu'elle est censée être celle que toutes les autres représentent et protègent de près ou de loin. Elle est revendiquée et brandie par chacune des trois autres forces comme une source et un moyen de légitimation de sa propre vision et de ses actions. Le Fonds mondial à travers la promotion des droits humains protège la liberté d'expression des sensibilités des « populations clés » dans l'optique de la lutte contre le VIH. Les politiques nationales du CNLS-IST se positionnent dans une prise en compte de la sensibilité et de la vision des populations locales. Les religieux et coutumiers capitalisent la vision religieuse inhérente aux dynamiques anthropologiques et sociologiques du contexte local. Chacune de ces quatre forces interagit en mobilisant ses ressources propres. Les concertations pour l'élaboration des stratégies concernant la catégorie des HSH constituent un lieu où ces ressources symboliques sont particulièrement mobilisées par l'URCB qui, sur la question, prend ses distances à l'égard de ce que stipule le Fonds mondial. Elle justifie ses vues par deux motifs : ses références axiologiques et ses appréhensions sur les modalités utilisées par les approches du Fonds mondial pour viser un changement de comportement auprès des populations locales.

- 28 *« Il nous est arrivé de lever le ton pour dire au Président de l'ICN le Docteur X par rapport à la position des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ». On voulait que les « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » soient représentés au niveau de l'ICN. Nous avons dit non. Il faut que les structures qui représentent les « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » soient représentées, mais pas individuellement. Et il a fallu une rencontre pour qu'un « homme ayant des rapports sexuels avec un homme » dise que lui est fier d'être un « homme ayant des rapports sexuels avec un homme ». Tant que lui il n'est pas là, on ne peut pas défendre ses intérêts. Il faut que lui il soit là pour se défendre. Donc il est fier de l'être. Et les gens se sont tus. Donc moi je me suis levé et j'ai dit : « En réalité, le Burkina n'est pas encore bien préparé pour accueillir. Sinon nous ne sommes pas contre l'homosexuel lui-même parce que c'est une personne que nous devons aimer. S'il dit non, qu'il sorte tout de suite et qu'il déclare son homosexualité en public et moi mon hétérosexualité : on va voir. Raison gardée, qu'il se calme et qu'il aille crescendo, petit à petit pour atteindre donc les choses ». Donc c'est là que nous avons rencontré les membres de l'ICN : si jamais ils ne respectent pas ça, nous boycottons. Et les quatre communautés comme par enchantement ont eu le même réflexe. Il ne faut pas qu'ils aillent aussi trop vite comme ça. Qu'ils attendent un peu ! On n'est pas en Europe ! » (Représentant catholique au sein de l'URCB)*

- 29 Trois éléments principaux se dégagent de cette scène. D'une part, la « fierté » d'être HSH et la volonté de défense des intérêts, d'autre part l'appel à la prudence pour ne pas heurter la sensibilité populaire et, enfin, une menace de boycott par l'URCB des rencontres de l'ICN. Les religieux et coutumiers jouent à la fois le rôle de médiateurs des sensibilités et de metteurs de pression.
- 30 Ils invitent le Fonds mondial à adopter un rythme graduel dans la mise en œuvre de son approche politique envers les populations homosexuelles. Elle dénonce une précipitation dans l'agenda des politiques du Fonds mondial envers ces populations. D'autre part, ce représentant catholique dans l'URCB dessine un schéma des réactions possibles des populations et des communautés religieuses et coutumières contre une entrée en force publique des populations homosexuelles au Burkina Faso. Le schéma des réactions possibles sous-tend une approche cognitive similaire entre les coutumiers et religieux et les populations. Les premiers peuvent avoir de l'influence sur les seconds, tout en étant des traducteurs de la sensibilité des populations locales du Burkina Faso sur ce sujet (KABORE, 2019).

La question homosexuelle au Cameroun, un contexte explosif

- 31 L'histoire de l'action collective contre le sida en Occident est indissociable des mobilisations homosexuelles, même s'il est nécessaire d'établir une distinction entre les États-Unis et la France, par exemple (BROQUA, 2005). Au Cameroun, ce rapport de filiation est inversé. Les organisations de lutte contre le sida ont précédé les mouvements identitaires dans cette cause, quoiqu'ils aient en partage une logique d'intervention commune liée à leur contexte respectif d'émergence. Ils montrent tous une trajectoire générale certes pas toujours linéaire, mais qui oscille entre « militantisme social » [« logique de service communautaire »] et « militantisme revendicatif » [« logique politique »] (PINELL *et al.*, 2002). Comme les premières associations de lutte contre le sida au Cameroun, les associations de populations clés se sont structurées en réaction au rejet social. En effet, la question de l'homosexualité investit l'espace public camerounais en janvier 2006 consécutivement à « l'affaire des listes ». C'est le journal camerounais *La Météo* qui publie en premier une liste d'homosexuels présumés parmi les personnalités publiques. D'autres journaux ont repris plus tard l'information pour dénoncer des pratiques « immorales » qui ont cours dans les hautes sphères de l'État. Cette levée de boucliers tire ses origines de l'homélie de Monseigneur Victor Tonye Bakot, alors archevêque de Yaoundé, du 25 décembre 2005 dans laquelle il faisait une critique acerbe des pratiques ésotériques (dont l'homosexualité qu'il qualifie d'infamie). Ces publications vont susciter une vague d'indignation publique et libérer l'expression de réactions homophobes. Ce qui à la base était un moyen d'opposition au gouvernement et à sa politique (AWONDO, 2012), va se transformer en une mobilisation sans précédent contre les ce qui est qualifié tous azimuts comme des « dérives sexuelles de la société ». Ceux qui en payent le prix fort ne sont cependant pas les personnalités citées dans les listes, mais les jeunes (majoritairement des hommes) des classes défavorisées (KOJOUÉ, 2017), suscitant un besoin de solidarité des homosexuels.
- 32 « En 2006, on est dans une période juste après le top 50. On a les premières arrestations qui ont été publicisées. Qui ont reçu beaucoup de publicité dans les médias locaux qui occupent la place publique. Il y a beaucoup de débats. On passe d'une période où on ne parlait pas du tout de l'homosexualité à une période où on en parle en abondance et avec de mauvaises

représentations, beaucoup de haine, etc. (...) Et en tant que gay on se sent interpellé. Donc avec quelques amis, de fil en aiguille l'idée de créer une association naît (...)»⁶.

33 Dans ce contexte de tension sociale contre l'homosexualité, émerge l'idée d'un complot de l'Occident contre l'Afrique. En effet, le sermon susmentionné de l'Archevêque se fonde sur le traité d'Amsterdam de 1997 qui recommande aux Européens de favoriser la diversité dans les pratiques sexuelles relaie cette idée. « Je dois vous dire que l'homosexualité est un complot contre la famille et le mariage. Ne l'acceptons pas chez nous ». Jusque dans la conduite des affaires de l'État, l'idée du complot subsiste. En 2011, le gouvernement du Cameroun par la voie de son Ministre des relations extérieures M. Henri Eyebe Ayissi, va s'opposer à la subvention accordée par la Commission de l'Union Européenne à une coalition de trois associations impliquées dans la lutte contre le VIH/sida auprès des HSH. Le projet d'assistance et d'encadrement des minorités homosexuelles (PAEMH) avait reçu un financement de 300 000 euros. Ce programme prévoyait, outre des actions de prévention et de prise en charge des HSH vivant avec le VIH, un volet d'assistance juridique et médicale aux personnes arrêtées et détenues en raison de leur orientation sexuelle. Selon un communiqué de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH), le Ministre avait convoqué M. Raoul Mateus Paula, Chef de la délégation de l'Union Européenne au Cameroun, et aurait déclaré : « Le peuple camerounais n'est pas prêt, ni disposé à aller dans le sens du développement de ces pratiques sur son territoire »⁷. L'idée de résistance à ce complot est largement partagée et médiatisée. L'opinion publique est favorable au renforcement des dispositions légales qui incriminent l'homosexualité. Celui-ci interviendra en 2016 avec la promulgation de la loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal⁸. Contrairement au Burkina Faso, l'État du Cameroun a une longue histoire de juridiction de l'homosexualité⁹. A la faveur de ce contexte délétère, des actes de violences à caractère homophobes se multiplient. La condamnation à trois ans de prison ferme de Roger Mbédé en 2011 et l'assassinat en 2013 d'Eric Ohena Lembédé connu pour son militantisme en faveur des droits de la minorité HSH illustrent la dureté de cette période.

34 La question des populations clés a également entraîné une reconfiguration de l'espace associatif au Cameroun. Du fait de l'afflux des financements et du soutien international aux populations clés, depuis une dizaine d'années, le nombre des associations qui militent en même temps pour la lutte contre le sida et la défense des droits de minorités sexuelles augmentent de manière exponentielle, au vu du contexte social. De moins d'une dizaine à la fin des années 2000, on en compte aujourd'hui plus d'une centaine. Quarante d'entre elles font partir de la plateforme Unity, qui regroupe les différentes organisations de populations-clé du Cameroun. Cette mutation dans l'approche de la lutte contre le sida semble entraîner un déclassement des associations de PVVIH et d'autres organisations engagées dans la lutte contre la maladie. Les associations de PVVIH ont le sentiment d'être délaissées. A ce sujet, un acteur associatif s'exprime en ces termes :

35 « (...) Peut-être que vous même vous constaterez mieux que moi. On s'est rendu compte qu'on a lésé toutes les autres associations et qu'on a focalisé la lutte sur les populations clés. Ça c'est vrai, parce que c'est eux qui sont là dans les gros financements, les gros véhicules, les gros ceci, ça frustrer mais on va faire comment. On n'a pas le choix. On ne refuse pas qu'on appuie les autres, mais on devrait aussi tenir compte des pionniers qui sont arrivés. Et, la sensibilisation ce n'est

*pas seulement pour une cible. La sensibilisation c'est pour tout le monde. Donc on ne devrait pas délaissier les autres associations ».*¹⁰

- 36 Certaines de ces associations de PVVIH qui s'étaient structurées en opposition à la présence trop envahissante des personnels de santé en milieu associatif, usent aujourd'hui de résilience pour se repositionner sur des « créneaux porteurs ». L'association COLIBRI de Bafoussam en est un exemple parmi tant d'autres. Créée par les PVVIH et pour ceux-ci, face à la diminution des financements vers les programmes de PVVIH, s'est engagée dans le champ des populations clés. Cette bifurcation s'est faite par le biais d'une modification de ses statuts. Ce processus a exacerbé des tensions opposant les partisans de l'esprit originel à ceux de la nouvelle donne. Les positions irréconciliables des deux camps ont conduit à l'éclatement de l'association en deux organisations, et causé le désengagement de certains membres. D'autres associations en revanche élargissent leur sphère d'activité au-delà de la lutte contre le sida. C'est le cas de l'association « P » qui travaille de plus en plus aujourd'hui sur des questions de financement de la santé et sur l'hépatite. Son rayon d'activité s'est également développé au-delà des frontières du Cameroun. Elle exporte également son expertise sur la veille de la prise en charge du VIH/sida dans les formations sanitaires dans certains pays d'Afrique Centrale.
- 37 D'autre part, depuis la réforme de l'ICN en 2012, les populations clés ont deux représentants (un titulaire et un suppléant) qui y siègent. Bien que faisant partir des associations de lutte contre le sida, ces organisations semblent être des structures entièrement à part. Autant, au sein de la délégation de la société civile que chez les représentants du secteur public, l'évocation des populations-clé est malaisée. Les associations de PVVIH ne comprennent pas l'intérêt accordé aux HSH, alors qu'elles s'estiment plus légitime. En effet, par la reconfiguration des sièges de membres de la société civile au sein de l'ICN, les PVVIH ne font pas partie des populations clés. Or dans le PSN et les documents d'orientation des organisations multilatérales internationales à l'instar du Fonds mondial, les PVVIH sont autant des populations-clés que les HSH. Pour les représentants du secteur public, ce sujet est tabou. « On sait ce qui se passe. Le Fonds mondial soutient la société civile. De toi à moi, l'enjeu c'est l'homosexualité... »¹¹.
- 38 Sous cette affirmation se lit simultanément une sorte de résignation à accepter de respecter les droits des HSH et la marge de manœuvre que le Fonds mondial a permis de donner à ces groupes. Il n'est pas établi pour l'heure que les sociétés burkinabé et camerounaise soient plus sensibles ou plus tolérantes vis-à-vis des HSH, comme elles le sont vis-à-vis des professionnelles du sexe par exemple. Pour autant, il semble évident que le champ de la lutte contre le VIH/sida offre un espace à partir duquel les efforts pour réduire l'incidence du VIH dans des populations très vulnérables combine avec la progression de la protection des libertés sexuelles, via le nerf de la guerre. Dans ce contexte épidémiologique et politique, la fin justifie sans les moyens auxquels il faut se garder de soustraire les PVVIH qui ont porté le fardeau de la lutte initiale dans des contextes qui étaient loin de leur être favorables. Une alliance entre les deux types de groupes comporte des passerelles évidentes dont les acteurs pourraient se servir pour des partenariats « gagnant-gagnant ».

Références bibliographiques

- 39 Awondo P., 2012, « Médias, politique et homosexualité au Cameroun. Retour sur la construction d'une controverse », *Politique Africaine*, vol. 2, n° 126, p. 69-85.
- 40 BROQUA Christophe, « Du mouvement homosexuel à la lutte contre le sida », dans : , *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, sous la direction de BROQUA Christophe. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2005, p. 25-51. URL : <https://www.cairn.info/agir-pour-ne-pas-mourir--9782724609813-page-25.htm>
- 41 Darbon, D. (Éd.). 2009. *La politique des modèles en Afrique : Simulation, dépolitisation et appropriation*. Paris, France: Karthala.
- 42 Delpeuch, T. 2008. *L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : Un état de l'art*. (27), 69.
- 43 Eboko F., 2013. « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida ». In : Possas C. (ed.), Larouzé B. (ed.) *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*. Paris : ANRS, 207-224. (Sciences Sociales et Sida). ISBN 978-2-910143-27-5.
- 44 Eboko F., 2015. *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 264 p.
- 45 Eboko F., Bourdier F., Broqua C. Eds. 2011, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD EditionsX Fonds mondial. (2007). *Ccm_lessonslearnedinthefieldhealthfinancingandgovernance_report_fr.pdf* (p. 62). Consulté à l'adresse https://www.theglobalfund.org/media/5489/ccm_lessonslearnedinthefieldhealthfinancingandgovernance_report_fr.pdf?u=636917016690000000
- 46 Gallardo L., Le Gall JM & Rojas Castro D., 2018, "Projets associatifs contre le sida en direction des hommes ayant des pratiques homosexuelles : santé publique ou "promotion de l'homosexualité?", In Broqua C., Ed, *Se mobiliser contre le sida en Afrique. Sous la santé globale, les luttes associatives*, Paris, L'Harmattan (Anthropologies & Médecines) : 325-344.
- 47 Girard, R. B., Victoire. (2018). *Burkina Faso - boom minier : La malédiction n'est pas loin*. Consulté 23 juin 2019, à l'adresse Le Point website: https://www.lepoint.fr/economie/burkina-faso-boom-minier-la-malediction-n-est-pas-loin-14-09-2018-2251158_28.php
- 48 Hassenteufel, P. (2005). *L'analyse politique de l'action publique confrontation des approches, des concepts et des méthodes*. Paris: Presses de Sciences Po.
- 49 Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*. 25.
- 50 Olivier de Sardan, J.-P. (2016, juillet). ALL - SJ1 - *La socio-anthropologie des actions publiques : Face aux « modèles voyageurs » standardisés, la revanche des contextes... | Programme | Congrès AISLF 2016*. Consulté à l'adresse <https://sites.grenadine.co/sites/aislf/fr/2016/items/2762>
- 51 Olivier de Sardan, J.-P. (2018). *Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : Le cas de la santé maternelle. Femmes, Enfants et Santé à*

- Madagascar. *Approches Anthropologiques Comparées* », Pourette, D., Mattern, C., Bellas Cabane, C. & Ravololomanga, B. (Eds), Paris : L'Harmattan, 18.
- 52 OMS. (2016, juin). Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement les soins du VIH pour les populations clés.
- 53 ONUSIDA. (2015). Guide de terminologie de l'ONUSIDA (Version 2015)—2015_terminology_guidelines_fr.pdf. Consulté à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf
- 54 Soubeiga, K. A. M. (2016). Mobilisations associatives et reconfiguration de l'action publique dans la lutte contre sida au Burkina Faso (Thèse de HDR en Science Politique). Université de Bordeaux, Bordeaux.
- 55 SP-CNLS/IST - Historique et organisation. (2015, décembre 14). Consulté 7 février 2018, à l'adresse <http://www.cnls.bf/index.php/component/k2/item/57-historique-et-organisation?tmpl=component&print=1>
- 56 Kabore A., (2019), Du sida à un "syndrome" du Fonds mondial? L'Union des Religieux et Coutumiers du Burkina (URCB) au cœur de l'Instance de Coordination Nationale de lutte contre le sida, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes, Centre Population & Développement, UMR 196 IRD-UPD, 349 p. (Dir. : Fred Eboko)
- 57 Kojoué Larissa, 2013, Enfants et VIH/sida au Cameroun. Construction et implications de l'agenda politique, Thèse pour le doctorat en science politique, Bordeaux, Université Bordeaux IV/ED SP2/LAM, UMR 5115. (Dir. : René Otayek)
- 58 MAZEAUD Alice, NONJON Magali, « Vers un standard participatif mondial ? Enjeux, conditions et limites de la standardisation internationale de la participation publique », *Participations*, 2016/1 (N° 14), p. 121-151. DOI : 10.3917/parti.014.0121. URL : <https://www.cairn.info/revue-participations-2016-1-page-121.htm>
- 59 Olivier de Sardan, J.-P. (2008). A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique. 25.
- 60 Olivier de Sardan, J.-P. (2016, juillet). ALL - SJ1 - La socio-anthropologie des actions publiques : Face aux « modèles voyageurs » standardisés, la revanche des contextes... | Programme | Congrès AISLF 2016. Consulté à l'adresse <https://sites.grenadine.co/sites/aislf/fr/2016/items/2762>
- 61 Olivier de Sardan, J.-P. (2018). Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : Le cas de la santé maternelle. Femmes, Enfants et Santé à Madagascar. *Approches Anthropologiques Comparées* », Pourette, D., Mattern, C., Bellas Cabane, C. & Ravololomanga, B. (Eds), Paris : L'Harmattan, 18.
- 62 OMS. (2016, juin). Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement les soins du VIH pour les populations clés.
- 63 ONUSIDA. (2015). Guide de terminologie de l'ONUSIDA (Version 2015)—2015_terminology_guidelines_fr.pdf. Consulté à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf
- 64 PINELL Patrice, BROQUA Christophe, Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996). Presses Universitaires de France, « Science, histoire et société », 2002, 420 pages. ISBN : 9782130524762. URL : <https://www.cairn.info/une-epidemie-politique--9782130524762.htm>

- 65 Soubeiga, K. A. M. (2016). Mobilisations associatives et reconfiguration de l'action publique dans la lutte contre sida au Burkina Faso (Thèse de HDR en Science Politique). Université de Bordeaux, Bordeaux.
- 66 SP-CNLS/IST - Historique et organisation. (2015, décembre 14). Consulté 7 février 2018, à l'adresse <http://www.cnls.bf/index.php/component/k2/item/57-historique-et-organisation?tmpl=component&print=1>
-

NOTES

1. Selon le PSN 2011-2014, les populations clé correspondent aux groupes suivants : camionneurs, TS, hommes en tenue, populations du milieu carcéral, HSH. Pour le PSN 2014-2017 ce sont le TS, HSH, Usagers de drogues et Camionneurs. Quant au PSN 2018-2022 en vigueur, font partie des populations clés : les PVVIH, TS, Usagers de drogue et les HSH.
2. Entretien avec l'un des chefs de section du CNLS Cameroun, le 21 janvier 2019.
3. Premier investisseur extérieur en santé au Cameroun (36 % entre 2012-2017). Source : Données du Fonds mondial sur les décaissements, site web du Fonds mondial (déc. 2018).
4. Décision n° 0498 du 04 avril 2019 du ministre de la santé publique du Cameroun. Cette décision prend effet au 1^{er} janvier 2010.
5. Entretien avec le représentant d'une institution du Système des Nations Unies membre de l'ICN, le 15 mai 2019.
6. Entretien téléphonique (Whatsapp) avec l'un des membres fondateurs de l'association *Alternative Cameroon*, le 06 août 2019.
7. <https://www.fidh.org/fr>
8. Son article 347 bis intitulé Homosexualité dispose que : « Est puni d'un emprisonnement de six (06) mois à cinq (05) ans et d'une amende de vingt mille (20.000) à deux cent mille 200.000 francs toute personne qui a des rapports sexuels avec une personne de son sexe ».
9. La question de l'homosexualité est introduite dans le code pénal camerounais par l'ordonnance n° 72-16 du 28 septembre 1972.
10. Entretien avec la coordinatrice d'une association historique formée majoritairement de femmes.
11. Entretien avec un représentant du secteur public au sein de l'ICN, le 12 octobre 2015.

The question of key populations in CCMs: the associations between public health requirements and ideological issues. A comparison between Cameroon and Burkina Faso (eng)

Anicet KABORE, Cyrille ENYU'U and Fred EBOKO

Introduction

- 1 The question of "key populations" emerged in the literature as a result of scientific evidence that showed that certain social categories faced the risk of HIV infection in much higher proportions than the so-called "general" population. While revealing a range of social categories particularly exposed to this risk, this problem has been accompanied by the political issue of sexual minorities, particularly those of men who have sex with men (MSM), particularly in Africa (Broqua, 2012).
- 2 "Therefore, by targeting sexual minorities, these guidelines link public health objectives with the objectives of recognizing their rights. Inspired by the history of AIDS mobilizations in the West and the demands for the recognition of sexual minorities in the United States and Europe, these global mechanisms contribute to the public and political recognition of non-heterosexual sexual identities. In response to these international injunctions, many African states have integrated MSM into their national AIDS strategic plans. Nevertheless, and depending on the context, these provisions sometimes co-exist with legal provisions that penalize homosexual practices" (Gallardo, Le Gall & Rojas Castro, 2018: 327).

- 3 The comparison that justifies this text derives one of its interests from the fact that the discussion does not focus exclusively on MSM but tries to show how this group polarizes debates, starting from two countries, one of which has criminal provisions against same-sex sexual practices (Cameroon), while in the other these criminal provisions are absent (Burkina Faso).
- 4 This comparative analysis focuses on the actors and context of reforms inspired by the key population approach, the challenges of these reforms arising from international recommendations, in this case the Global Fund's recommendations that impose them in CCMs as one of the *sine qua non* conditions for grant allocation since 2008 (Global Fund, 2009). It is also a question of describing their registration in a pre-existing national configuration. The objective of this article is to question the types and degrees of convergence and divergence relating to the ways in which the problem is constructed. This involves questioning the process of setting public policy priorities in the context of access to treatment and HIV/AIDS prevention. This raises the question of national conformity with supranational standards and/or directives, namely "the convergence of public policies". Following Colin J. Bennett (Bennett, 1991), Patrick Hassenteufel considers it to be "*a dynamic process that results in the fact that, in the same field and facing the same type of challenge and problem, a large number of countries with contrasting public policies are gradually adopting the same public policies*". (Hassenteufel P., 2005, 123).
- 5 The comparative approach of this article is therefore based on an analysis of national modalities for ownership and translation of the key population approach and operating modes disseminated by the Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis through CCMs in sub-Saharan African countries. The comparison will concern the CCMs of Burkina Faso and Cameroon, for example, on the transnationalisation of public policies.
- 6 The comparative approach in this context makes it possible to capture national variations in this transnational diffusion. The levels of analysis of these variations may concern importing and translating actors, the timing and context of reforms inspired by these models, the issues from which reforms are introduced, the scope of reforms, their precise content and their integration into a pre-existing national configuration.
- 7 "*Transnational comparison of public policies integrates the questions, methods and contributions of international comparative analysis, unlike work on policy transfers, which, by favouring cases of transfer from one country to another, most often neglects comparison*" (Hassenteufel, 2005 :130).
- 8 The actors importing and translating the key population approach in the context of Burkina Faso and Cameroon are the Global Fund, the Global Fund's Country Coordinating Mechanisms, **the National Council for the Fight against AIDS and Sexually transmitted infections** of Burkina Faso (CNLS-IST) and the **National AIDS Control Committee of Cameroon** (CNLS).

"Key populations": Constraints to receiving a notion

- 9 In the fight against AIDS, malaria and tuberculosis, the Global Fund promotes policy options and practical and technical modalities for cooperation with local partners through its platforms, the National Coordinating Mechanisms for the Fight Against the Three Diseases (CCMs). This is the case with the transfer of the "key population" approach through "standardized international guidelines" (Demange in Darbon, 2009 :.

128). Such a process may encounter resistance at the local level inherent in the content of the transfer of public policies, which Thierry Delpuech explains in the following way:

"Any organization has cultural elements that are very difficult to export in a foreign context - such as representations, beliefs, values, attitudes, informal norms - and may require, to function, political, economic and social conditions that are virtually impossible to create through proactive action in the receiving environment" (Delpuech, 2008, p. 56).

- 10 On the other hand, we must avoid formulating *impasse a priori*, where the facts show more complex situations, mixing collisions and ideological, relational and social collisions. Our work here aims to analyse the nature and political and sociological issues surrounding these transfers and "travel models" that have been widely reported in the work of Jean-Pierre Olivier de Sardan and his colleagues in other fields (Olivier de Sardan, 2008, 2016, 2018).
- 11 How do these elements determine the receipt of these guidelines by political and institutional actors in the state structures of the CNLS-IST of Burkina Faso, the CNLS of Cameroon as well as the CCMs considered according to Fred Eboko's typology as consultation agencies (Eboko F., 2015) ?

The appropriation of the concept of "key populations" by local actors in Cameroon and Burkina Faso.

- 12 The question of key populations is the subject of a differential understanding of its definition(s) between the Global Fund on the one hand and the CNLS-ISTs of Burkina Faso and Cameroon on the other. There was some convergence in the tendency of the NACCs to define the key population based on the margins of freedom granted to them by UNAIDS. Indeed, a UNAIDS clause leaves each country room for a contextual definition of the concept of "key populations" that responds to the realities of the epidemic at the local level (UNAIDS, 2015).
- 13 In this logic, the "key populations" as defined by the leaders of the CNLS-IST of Burkina Faso in 2016 included more than the five components defined by the Global Fund. While the latter retains sex workers, injecting drug users, men who have sex with men (MSM) and people in prison as key populations, a member of the CNLS-IST defined them as follows:
- 14 *"The "key populations" we talk about at home are called "high-risk populations". It is not only "men who have sex with men", it is not only sex workers, there are gold panners, there are those who are in prison, there are young people at present who have a rate of new infection that does not go down much and finally there are pregnant women" (Member of the Permanent Secretariat of the CNLS-IST Burkina).*
- 15 The interactions of young and adult populations in gold mining activity were considered to be factors of exposure to HIV infection. The groups associated with the notion of "key populations" by this CNLS official refer to the WHO definition of "vulnerable populations", including, for example, migrant workers and adolescents (WHO, 2016).
- 16 The particularity of Cameroon's definition of this category of people lies in the fact that it varies from one national strategic plan (NSP) definition¹ to another. The identification and integration of a social group as one of the key populations is

generally the subject of intense debate within the NSP drafting committee at the NACC. The challenge is the survival of certain actors, in this case associations whose funding depends on the priority areas of intervention of the State, as contained in the NSP. In this configuration, epidemiological data are considered as inviolable.

- 17 "(...) It is the epidemiological data that will speak and give evidence, evidence of prioritization. So it's a scientific consensus. It is not a decision where you get up and start imposing. We put scientific evidence and everyone observes it and we all agree that this is the direction, this is the priority target, this is the areas of intervention"².
- 18 The notion of key population is thus open to different interpretations but once again meets the epidemiological objectives and political imperatives of national authorities. The Global Fund's option to focus on four population groups is part of an informative approach to CCMs. In 2016, in the use of key populations, there were varying meanings among Burkina CCM actors: "key populations", "bridge populations" and "vulnerable populations".

Institutional and political reception of the "key population" approach in Burkina Faso and Cameroon.

- 19 The reforms concerning key populations have been gradually incorporated into the institutional and political scale of Burkina Faso and Cameroon. The leverage of financial resources determined the modus operandi in importing and receiving this approach. The rationale for Global Fund grants is that the financial needs of local institutions must be met by taking this approach into account in the development of AIDS policies. Nevertheless, this pattern is quite labile within the two contexts of Burkina Faso and Cameroon and concerns very largely sub-Saharan Africa with gradients that vary according to the type of associations. Christophe Broqua talks about two trends that concern "new associations at the intersection of different groups (for example, MSM and drug users), thus aiming to highlight individuals who combine several risk factors, and on the other hand increasingly specialized associations, born of splits, such as specifically trans (trans or intersxed) groups that wish to become autonomous from MSM and LGBT associations that were taking hold during these audiences under their wings" (Broqua, 2018 : 30).
- 20 The issue of "key populations" in the institutional framework of the fight against AIDS in Burkina Faso involves two main stages. The first is "sex workers". The second step concerns sexual minorities, especially MSM, around what can be called the "homosexual" issue. The national policies enacted by the Technical Committee to Combat AIDS (CTLS) in 1987 included a strategy called "Information-Education-Communication" (IEC) focusing mainly on "sex workers" ("SP-CNLS/IST - History and organization", 2015). From 1990 onwards, this strategy was intensified and served as the basis for an AIDS information campaign organized by an NGO called the Social Marketing and Communication for Health Programme (PROMACO), for the benefit of "risk groups" such as truck drivers, secondary schools and sex workers (Soubeiga, 2016, p. 75-77)). The second stage, that of taking homosexuals into account in national AIDS policy, began in 2009 according to the testimonies of local associations and is presented in a more open manner in 2012 through an official speech by the Burkinabe Head of State, President of the CNLS-IST, who mentioned this category of people.

- 21 Cameroon's scheme for receiving key populations is rather based on a dynamic that highlights state dependence and a favourable international context. Indeed, the discovery of the first cases of AIDS in Cameroon in the mid-1980s was concomitant with the serious economic crisis that the country, as well as most of the states of sub-Saharan Africa, had experienced. Since then, the State of Cameroon has been extremely dependent on external resources, particularly those of the Global Fund, as part of³ its AIDS response policies. This dependence will increase with the recognition of free ARVs on May¹ 2007 and subsequently, the recent decision to subsidize biological follow-up examinations and the free treatment of certain opportunistic infections by the State⁴. Towards the end of the 2000s, the care of Cameroonian patients will take a dramatic turn due to the extreme dependence of the State. Following the rejection of Cameroon's application for Global Fund funding in *Round 09*, some programmes to support free ARV treatment, such as the National Programme to Support Orphans and Other Children Made Vulnerable by AIDS (PSN-OEV 2006-2010), will be suspended (Kojoué, 2013). In the meantime, Cameroon will also experience a rare shortage of ARV stocks during the period from 2009 to 2011. The improvement in the situation came from the Cameroonian government's decision to meet the Global Fund's requirements.
- 22 *"From Round 10 onwards, the Global Fund had demanded that the problems of key populations be taken into account, as a condition of eligibility. If it is not taken into account, the funding request is not approved. In this context, we had to rework it so that it could be integrated into the AIDS NSP and then into the funding request⁵.*
- 23 The NSP (2011-2015) and Cameroon's *Round 10* funding request from the Global Fund are amended to include MSM as a key population. While the country is experiencing violence, controversies and political-media debates hostile to MSM (Awondo, 2012), Cameroon obtains funding for this *round*. In 2012, the reform of the CCM as called for by the Global Fund will crown the entire strategy with the granting of a membership seat to key populations. We are here at the heart of what Fred Eboko calls a "dissonant model of public policy". It shows, in a context other than that of key populations, that Cameroon's public action against AIDS is more the product of an international institutional offer than the result of formal and structured social demands based on the needs expressed by populations (Eboko, 2013). In this context, this means defending the rights of part of the population. Although epidemiological evidence argues in favour of directing the response towards key populations, strategies to address them nevertheless represent an ideological shift. It is reflected in the growing importance of the human rights dimension in AIDS strategies. In its document entitled *The Global Fund's New Funding Model*, the Fund makes the promotion and protection of human rights a strategic objective (The Global Fund, 2013). It undertakes to ensure that it does not support programmes that violate human rights, to integrate human rights into the full cycles of its grants and to increase investments aimed at removing human rights-related barriers to access. The same is true of the main international organizations involved in the fight against AIDS. For UNAIDS, through its strategic guidance document *Goal Zero*, it commits to facilitating mass mobilization to change social norms to empower people to eliminate stigma and discrimination, as well as the risk of HIV infection, including through the participation of networks of PLWHA and other key populations (UNAIDS, 2010). WHO initiatives aim to work on the environment in which key populations live, i.e. to enable the adoption of less repressive legislation. This requires the decriminalization of certain practices such as homosexuality (WHO, 2014).

Key populations are taking advantage of these strategic shifts to integrate and participate, on an equal footing with other actors, in the development and implementation of public action on AIDS.

- 24 The inclusion of key populations or homosexual reality in Cameroon's and Burkina Faso's national strategies for universal access to treatment is linked to public health objectives. These objectives formally aim to reduce HIV prevalence, morbidity and mortality by reducing new infections in key populations and improving the quality of care, etc.

Key populations: a marker of political-ideological affinities in CCMs.

The inclusion of reforms relating to the approach of key populations in pre-existing national configurations highlights the question of the representations surrounding these categories. An ideological and political deconstruction characterizes international and national interactions around this approach and its translation into AIDS policies. If on the Burkina side the problem arises in terms of compartmentalization between the epidemiological and societal levels within the framework of this interaction, on the Cameroonian side it is the triptych of social rejection, associative tension, and suspicion of favoritism that prevails.

The homosexual question in Burkina Faso: a political ambivalence

- 25 In the case of Burkina Faso, certain societal issues polarize and animate the debates and power relations within the Burkina CCM. The "key population" approach is one of these debates. The question in the CCM is to know from which angle this approach should be considered: from an epidemiological point of view? From a societal perspective? From both angles? Each of the forces has a different idea and is active in promoting it. Four institutional figures are positioning themselves in this debate regarding the definition of the modalities for receiving and implementing the "key population" approach, particularly that concerning the MSM category. The Global Fund's rationale is epidemiological. The CNLS-IST is positioned on two levels: epidemiological and societal. The national policies defined by this institution seek to take into account and capitalize on social sensitivities in the fight against HIV/AIDS. Religious and customary people and other associative actors are also at both levels. Acting as intermediaries in response to societal and political changes in Burkina Faso, they are working to influence the definition of AIDS strategies in line with their educational and moral vision. Finally, local populations are involved, whose sensitivity is mentioned in the interactions within the CCM to legitimize or delegitimize the arguments of certain actors. This impersonal, elusive force constitutes a kind of "public opinion", with contours that are difficult to define and which is sometimes expressed through explicit forms of protest. The first three forces each have their own specific source of legitimacy, which is supposed to be recognized and accepted by others. The particularity of the fourth force is that it is supposed to be the one that all the others represent and protect in some way. It is claimed and brandished by each of the other three forces as a source and a means of legitimizing its own vision and actions. The Global Fund through the promotion of human rights protects the freedom of expression of the sensitivities of "key populations" in the fight against HIV. The CNLS-IST's national policies are positioned to take into account the sensitivity and vision of local populations. Religious and customary people capitalize on the religious vision

inherent in the anthropological and sociological dynamics of the local context. Each of these four forces interacts by mobilizing its own resources. The consultations for the development of strategies for the MSM category are a place where these symbolic resources are particularly mobilized by the URCB, which, on this issue, distances itself from what the Global Fund stipulates. It justifies its views on two grounds: its axiological references and its concerns about the ways in which the Global Fund's approaches aim to change behaviour with local populations.

- 26 *"We have sometimes raised our voices to tell the President of the ICN Dr. X about the position of "men who have sex with men". It was intended that "men who have sex with men" should be represented at the CCM level. We said no. We said no. Structures that represent "men who have sex with men" need to be represented, but not individually. And it took a meeting for a "man who has sex with a man" to say that he is proud to be a "man who has sex with a man". Until he's here, we can't defend his interests. He has to be there to defend himself. So he's proud to be. And people kept quiet. So I got up and said: "In reality, Burkina Faso is not yet well prepared to welcome. Otherwise we are not against the homosexual himself because he is a person we must love. If he says no, let him go out right now and declare his homosexuality in public and I will declare my heterosexuality: we'll see. Reason kept, let him calm down and go crescendo, little by little to reach things. So that's when we met with the members of the ICN: if they don't respect that, we boycott. And the four communities, as if by magic, had the same reflex. They shouldn't go that fast like that. Let them wait a while! This is not Europe!" (Catholic representative in the URCB)*
- 27 Three main elements emerge from this scene. On the one hand, the "pride" of being MSM and the desire to defend the interests, on the other hand, the call for caution not to offend popular sensibilities and, finally, a threat of boycott by the URCB of ICN meetings. Religious and customary people play the role of both mediators of sensitivities and pressure builders.
- 28 They invite the Global Fund to adopt a gradual pace in the implementation of its policy approach towards gay and lesbian populations. It denounces a haste in the Global Fund's policy agenda towards these populations. On the other hand, this Catholic representative in the URCB draws a diagram of the possible reactions of populations and religious and customary communities against the entry into public force of homosexual populations in Burkina Faso. The pattern of possible reactions underlies a similar cognitive approach between customary and religious people and populations. The former can have an influence on the latter, while at the same time translating the sensitivity of local populations in Burkina Faso on this subject (Kabore, 2019).

The homosexual question in Cameroon, an explosive context

- 29 The history of collective action against AIDS in the West is inseparable from homosexual mobilizations, although it is necessary to distinguish between the United States and France, for example (Broqua, 2005). In Cameroon, this relationship of filiation is reversed. AIDS organizations have preceded identity movements in this cause, although they share a common intervention logic linked to their respective emergence contexts. They all show a general trajectory that is certainly not always linear, but that oscillates between "social activism" ["community service logic"] and "claiming activism" ["political logic"] (Pinell et al., 2002). Like the first AIDS associations in Cameroon, key population associations were structured in response to social rejection. Indeed, the issue of homosexuality entered Cameroon's public space in

January 2006 following the "lists affair". It is the Cameroonian newspaper *La Météo* that first publishes a list of presumed homosexuals among public figures. Other newspapers later used the information to denounce "immoral" practices in the upper echelons of the state. This outcry originated in the homily of Monsignor Victor Tonye Bakot, then Archbishop of Yaoundé, on December 25, 2005, in which he made a sharp criticism of esoteric practices (including homosexuality, which he described as infamy). These publications will generate a wave of public outrage and free expression of homophobic reactions. What was originally a means of opposing the government and its policies (Awondo, 2012), will turn into an unprecedented mobilization against what is described in all its forms as "sexual excesses of society". However, those who pay the high price are not the personalities mentioned in the lists, but the young people (mainly men) from the disadvantaged classes (Kojoué, 2017), creating a need for solidarity among homosexuals.

- 30 *"In 2006, we are in a period just after the top 50. We have the first arrests that have been publicized. Which have received a lot of publicity in the local media that occupy the public square. There is a lot of debate. We are moving from a period when we were not talking about homosexuality at all to a period when we are talking about it in abundance and with misrepresentations, a lot of hatred, etc. (...) And as a gay person, you feel challenged. So with a few friends, the idea of creating an association was born (...)"*⁶.
- 31 In this context of social tension against homosexuality, the idea of a Western plot against Africa emerges. Indeed, the Archbishop's above-mentioned sermon based on the 1997 Amsterdam Treaty, which recommends that Europeans promote diversity in sexual practices, conveys this idea. "I must tell you that homosexuality is a plot against family and marriage. Let us not accept it in our country. Until the conduct of state affairs, the idea of conspiracy remains. In 2011, the Government of Cameroon, through its Minister of Foreign Affairs, Mr. Henri Eyebe Ayissi, will oppose the subsidy granted by the European Union Commission to a coalition of three associations involved in the fight against HIV/AIDS among MSM. The project to assist and support homosexual minorities (PAEMH) had received funding of 300,000 euros. In addition to prevention and care for MSM living with HIV, this programme included legal and medical assistance for people arrested and detained because of their sexual orientation. According to a statement by the International Federation for Human Rights (FIDH), the Minister had summoned Mr Raoul Mateus Paula, Head of the European Union delegation to Cameroon, and reportedly stated: "The Cameroonian people are neither ready nor willing to go in the direction of developing these practices on their territory"⁷. The idea of resistance to this plot is widely shared and publicized. Public opinion is in favour of strengthening the legal provisions that criminalize homosexuality. This will take place in 2016 with the promulgation of Act No. 2016/007 of 12 July 2016 on the Penal Code⁸. Unlike Burkina Faso, the State of Cameroon has a long history of legalizing homosexuality⁹. As a result of this deleterious context, acts of homophobic violence are increasing. Roger Mbédé's three-year prison sentence in 2011 and the murder in 2013 of Eric Ohena Lembédé, known for his activism in favour of the rights of the MSM minority, illustrate the harshness of this period.
- 32 The issue of key populations has also led to a reconfiguration of the associative space in Cameroon. As a result of the influx of funding and international support for key populations over the past decade, the number of associations working simultaneously to fight AIDS and defend the rights of sexual minorities has increased exponentially,

given the social context. From less than a dozen at the end of the 2000s, there are now more than a hundred. Forty of them are part of the Unity platform, which brings together the various key population organizations in Cameroon. This shift in the approach to the fight against AIDS seems to lead to a downgrading of PLWHA associations and other organizations involved in the fight against the disease. PLWHA associations feel neglected. On this subject, an associative actor expresses himself in these terms:

- 33 " (...) Maybe you will see yourself better than I do. We realized that all the other associations were harmed and that the fight focused on key populations. That's true, because it's them who are there in the big financing, the big vehicles, the big this, it's frustrating but we're going to do it how. We have no choice. We do not refuse to support others, but we should also take into account the pioneers who arrived. And, awareness is not only for a target. Awareness is for everyone. So we should not neglect the other associations.¹⁰
- 34 Some of these PLWHA associations, which had structured themselves in opposition to the over-invasive presence of health workers in associations, are now using resilience to reposition themselves in "promising niches". The COLIBRI association in Bafoussam is one example among many others. Created by and for PLWHAs, in response to the decrease in funding for PLWHA programmes, has engaged in the field of key populations. This fork in the road was made by amending its statutes. This process has exacerbated tensions between the supporters of the original spirit and those of the new deal. The irreconcilable positions of the two sides led to the break-up of the association into two organisations, and caused the disengagement of some members. Other associations, on the other hand, are expanding their sphere of activity beyond the fight against AIDS. This is the case of the "P" association, which is now working more and more on health financing issues and hepatitis. Its scope of activity has also expanded beyond Cameroon's borders. It also exports its expertise on the monitoring of HIV/AIDS care in health facilities in some Central African countries.
- 35 On the other hand, since the 2012 reform of the CCM, key populations have had two representatives (one full and one alternate) on the CCM. Although part of AIDS associations, these organizations seem to be entirely separate structures. Both within the civil society delegation and among public sector representatives, it is difficult to mention the key populations. PLWHA associations do not understand the interest given to MSM, although they consider themselves more legitimate. Indeed, through the reconfiguration of civil society seats within the CCM, PLWHA are not among the key populations. However, in the NSP and the guidance documents of international multilateral organizations such as the Global Fund, PLWHA are as much key populations as MSM. For public sector representatives, this subject is taboo. "We know what's going on. The Global Fund supports civil society. From you to me, the issue is homosexuality.¹¹..".
- 36 Under this statement is simultaneously a kind of resignation to accept to respect the rights of MSM and the flexibility that the Global Fund has given to these groups. It is not yet established that Burkinabe and Cameroonian societies are more sensitive or tolerant towards MSM, as they are towards sex workers, for example. Nevertheless, it seems clear that the field of HIV/AIDS offers a space from which efforts to reduce HIV incidence in highly vulnerable populations can be combined with the advancement of the protection of sexual freedoms, via the nexus of war. In this epidemiological and

political context, the end justifies without the means to avoid removing PLWHA who have carried the burden of the initial response in contexts that were far from favourable to them. An alliance between the two types of groups has obvious bridges that actors could use for "win-win" partnerships.

Bibliographical references

- Awondo P., 2012, « Médias, politique et homosexualité au Cameroun. Retour sur la construction d'une controverse », *Politique Africaine*, vol. 2, n° 126, p. 69-85.
- BROQUA Christophe, « Du mouvement homosexuel à la lutte contre le sida », dans : , *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, sous la direction de BROQUA Christophe. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2005, p. 25-51. URL : <https://www.cairn.info/agir-pour-ne-pas-mourir--9782724609813-page-25.htm>
- Eboko F., 2015. *Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 264 p.
- Eboko F., Bourdier F., Broqua C. Eds. 2011, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD Editions
- Gallardo L., Le Gall JM & Rojas Castro D., 2018, "Projets associatifs contre le sida en direction des hommes ayant des pratiques homosexuelles : santé publique ou "promotion de l'homosexualité?", In Broqua C., Ed, *Se mobiliser contre le sida en Afrique. Sous la santé globale, les luttes associatives*, Paris, L'Harmattan (Anthropologies & Médecines) : 325-344.
- Kabore A., (2019), *Du sida à un "syndrome" du Fonds mondial? L'Union des Religieux et Coutumiers du Burkina (URCB) au cœur de l'Instance de Coordination Nationale de lutte contre le sida*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes, Centre Population & Développement, UMR 196 IRD-UPD, 349 p. (Dir. : Fred Eboko)
- MAZEAUD Alice, NONJON Magali, « Vers un standard participatif mondial ? Enjeux, conditions et limites de la standardisation internationale de la participation publique », *Participations*, 2016/1 (N° 14), p. 121-151. DOI : 10.3917/parti.014.0121. URL : <https://www.cairn.info/revue-participations-2016-1-page-121.htm>
- PINELL Patrice, BROQUA Christophe, *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Presses Universitaires de France, « Science, histoire et société », 2002, 420 pages. ISBN : 9782130524762. URL : <https://www.cairn.info/une-epidemie-politique--9782130524762.htm>
- revuesorg_complet_en.dot - version 4.0.10
- Info: <http://maisondesrevues.org/>

BIBLIOGRAPHY

- Darbon, D. (Éd.). 2009. *La politique des modèles en Afrique : Simulation, dépolitisation et appropriation*. Paris, France: Karthala.
- Delpuech, T. 2008. *L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : Un état de l'art.* (27), 69.
- Eboko F., 2013. « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida ». In : Possas C. (ed.), Larouzé B.

- (ed.) Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. Paris : ANRS, 207-224. (Sciences Sociales et Sida). ISBN 978-2-910143-27-5.
- XFonds mondial. (2007). *Ccm_lessonslearnedinthefieldhealthfinancingandgovernance_report_fr.pdf* (p. 62). Consulté à l'adresse https://www.theglobalfund.org/media/5489/ccm_lessonslearnedinthefieldhealthfinancingandgovernance_report_fr.pdf?u=636917016690000000
- Girard, R. B., Victoire. (2018). Burkina Faso - boom minier : La malédiction n'est pas loin. Consulté 23 juin 2019, à l'adresse Le Point website: https://www.lepoint.fr/economie/burkina-faso-boom-minier-la-malediction-n-est-pas-loin-14-09-2018-2251158_28.php
- Hassenteufel, P. (2005). *L'analyse politique de l'action publique confrontation des approches, des concepts et des méthodes*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*. 25.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2016, juillet). *ALL - SJ1 - La socio-anthropologie des actions publiques : Face aux « modèles voyageurs » standardisés, la revanche des contextes... | Programme | Congrès AISLF 2016*. Consulté à l'adresse <https://sites.grenadine.co/sites/aislf/fr/2016/items/2762>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2018). Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : Le cas de la santé maternelle. *Femmes, Enfants et Santé à Madagascar. Approches Anthropologiques Comparées*, Pourette, D., Mattern, C., Bellas Cabane, C. & Ravololomanga, B. (Eds), Paris : L'Harmattan, 18.
- OMS. (2016, juin). *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement les soins du VIH pour les populations clés*.
- ONUSIDA. (2015). *Guide de terminologie de l'ONUSIDA (Version 2015)– 2015_terminology_guidelines_fr.pdf*. Consulté à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf
- Soubeiga, K. A. M. (2016). *Mobilisations associatives et reconfiguration de l'action publique dans la lutte contre sida au Burkina Faso* (Thèse de HDR en Science Politique). Université de Bordeaux, Bordeaux.
- SP-CNLS/IST - Historique et organisation. (2015, décembre 14). Consulté 7 février 2018, à l'adresse <http://www.cnls.bf/index.php/component/k2/item/57-historique-et-organisation?tmpl=component&print=1>
- Kojoué Larissa, 2013, *Enfants et VIH/sida au Cameroun. Construction et implications de l'agenda politique*, Thèse pour le doctorat en science politique, Bordeaux, Université Bordeaux IV/ED SP2/LAM, UMR 5115. (Dir. : René Otayek)
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*. 25.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2016, juillet). *ALL - SJ1 - La socio-anthropologie des actions publiques : Face aux « modèles voyageurs » standardisés, la revanche des contextes... | Programme | Congrès AISLF 2016*. Consulté à l'adresse <https://sites.grenadine.co/sites/aislf/fr/2016/items/2762>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2018). Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : Le cas de la santé maternelle. *Femmes, Enfants et Santé à Madagascar. Approches Anthropologiques Comparées*, Pourette, D., Mattern, C., Bellas Cabane, C. & Ravololomanga, B. (Eds), Paris : L'Harmattan, 18.

OMS. (2016, juin). *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement les soins du VIH pour les populations clés.*

ONUSIDA. (2015). *Guide de terminologie de l'ONUSIDA (Version 2015)–2015_terminology_guidelines_fr.pdf*. Consulté à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf

Soubeiga, K. A. M. (2016). *Mobilisations associatives et reconfiguration de l'action publique dans la lutte contre sida au Burkina Faso* (Thèse de HDR en Science Politique). Université de Bordeaux, Bordeaux.

SP-CNLS/IST - Historique et organisation. (2015, décembre 14). Consulté 7 février 2018, à l'adresse <http://www.cnls.bf/index.php/component/k2/item/57-historique-et-organisation?tmpl=component&print=1>

NOTES

1. According to the 2011-2014 NHP, the key populations are truck drivers, TS, male uniformed personnel, prison populations, MSM. For the 2014-2017 NHP, these are TS, MSM, Drug Users and Truckers. As for the current 2018-2022 NHP, key populations include PLWHA, TS, drug users and MSM.
2. Interview with one of the section chiefs of the CNLS Cameroon, January 21, 2019.
3. First external investor in health in Cameroon (36% between 2012-2017). Source: Global Fund Disbursement Data, Global Fund website (Dec. 2018).
4. Decision No. 0498 of 04 April 2019 of the Minister of Public Health of Cameroon. This decision takes effect on 1 January 2010.
5. Interview with the representative of a United Nations agency that is a member of the CCM, on 15 May 2019.
6. Telephone interview (Whatsapp) with one of the founding members of Alternative Cameroon, August 06, 2019.
7. <https://www.fidh.org/fr>
8. Article 347 bis, entitled Homosexuality, provides that: "Any person who has sexual intercourse with a person of the same sex shall be punished by imprisonment from six (06) months to five (05) years and a fine of twenty thousand (20,000) to two hundred thousand 200,000 francs".
9. The question of homosexuality was introduced into the Cameroonian Penal Code by Ordinance No. 72-16 of 28 September 1972.
10. Interview with the coordinator of a historical association composed mainly of women.
11. Interview with a public sector representative on the CCM, 12 October 2015.

NOTE DE POLITIQUE

1. Pour le Fonds mondial : L'argument du « conflit d'intérêt » qui exclut les Ministres de la santé des CCM est un contresens politique. Un argument pragmatique

- ¹ La composition des Instances de coordination nationales repose sur l'idée que le bénéficiaire principal ne peut siéger dans le CCM. Le Fonds mondial et les CCM travaillent donc avec des parties prenantes dont l'acteur clé est exclu. C'est comme si une équipe de football s'entraîne pour une grande compétition en excluant de la préparation le capitaine de l'équipe, au prétexte que c'est lui qui va recevoir le brassard et le meilleur des équipements. Dans cette logique, les CCM se privent des compétences, de l'expertise et de la légitimité corporatiste des ministères de la santé auxquels sont rattachés les Conseils/Comités nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose ou le paludisme dans plusieurs pays. Pour compenser et contourner cette règle, plusieurs pays nomment ou imposent un représentant de la présidence de la république à la tête du CCM (Côte d'Ivoire, Cameroun, etc.). C'est une stratégie, par défaut, qui consiste à garder le contrôle, sur une instance dont les décisions engagent la vie de millions de personnes. C'est le rôle des Etats africains, même les plus pauvres, d'en assurer si ce n'est la direction au moins régulation au niveau du secteur de la santé. Le CCM ne peut être réduit à une banque dont le ministère de la santé ne serait qu'un client dont on décide du sort en son absence. Une partie des échecs ou de la faiblesse des CCM est lié à un déficit des compétences qui existent par ailleurs dans les mêmes pays. Il faut les mettre à contribution. Comment ? En révisant la question de ce vrai faux « conflit d'intérêt », pour remettre le ministre de la santé dans la discussion collégiale quitte à ce que, dans certaines circonstances, il ne soit pas « votant ». Le cantonner au rôle d'invité, de temps en temps, est un contresens. C'est une question de légitimité, de répartition des rôles et de respect des attributions sectorielles. Personne ne décide de la politique de sécurité d'un pays sans les ministères dédiés à ce secteur. Pour la santé il faut respecter la même logique.

2. Pour la France. : Repenser l'équilibre entre l'aide directe et l'aide multilatérale en France. Sortir du logiciel étatiste et jacobin

- 2 Les États-Unis et l'Allemagne assurent un équilibre entre les deux niveaux de partenariats, suivant une architecture intégrée dans leur culture politique. La France tente de s'en inspirer avec l'Initiative dite « 5% » (mettre 5% de la contribution française au service de l'expertise française et francophone). Il convient d'aller plus loin car ce dont se plaignent, à juste titre, les acteurs français de terrain relève de deux points principaux : la faiblesse des ressources humaines et le déficit de visibilité de l'apport de la France. Au-delà de la question de la visibilité et donc de « l'influence de la France », il est impératif de redéployer l'aide française. Dans ce registre, il faut aller plus loin dans « l'imitation » du modèle anglo-saxon. En effet, les États-Unis, comme l'Allemagne mobilisent les expertises locales et nationales, au long cours, par le recrutement de cadres africains sur place. Ils assurent la continuité de l'expertise et des projets sur plusieurs années en renforçant les réseaux de cabinets de consultants de haut niveau et d'ONG de premier rang. La France doit s'en inspirer. Si le PEPFAR tient la corde en matière d'aide en santé dans un des plus anciens pays partenaires historiques de la France en Afrique (la Côte d'Ivoire), c'est essentiellement grâce à ce système. Si l'orientation politique de la Couverture maladie universelle au Sénégal est d'inspiration américaine, cela est lié au même phénomène.

3. Elargir les « fonds de contrepartie » nationale aux multinationales. L'argent de l'Afrique au service de la santé

- 3 En imposant aux pouvoirs publics des pays récipiendaires des fonds de contrepartie qui correspondent à 20% de la somme totale de la subvention qui leur est versée par le Fonds mondial, ce mécanisme suit un raisonnement dont la logique est simple mais partielle : « si tu veux que l'on t'aide, il faut que tu participes au projet ». Sans insister sur le fait que ces fonds nationaux sont ceux de contribuables pauvres dans des pays pauvres pour lesquels le Fonds a été créé, les pouvoirs publics ne peuvent avoir qu'une contribution relative. Sinon il ne serait pas éligible au Fonds mondial et souvent « 20% de rien c'est rien » pour les besoins et parfois beaucoup pour les fonds publics.
- 4 Il convient ainsi dans ce registre que les entreprises privées tant nationales que multinationales qui réalisent des bénéfices importants contribuent à ces fonds de contrepartie puisque ces bénéfices proviennent de ressources naturelles et/ou de consommateurs africains. Dans le cadre de la Responsabilité Sociale d'Entreprise (RSE), il faut appeler à leur contribution sur incitation. Pourquoi ? Parce que financer des tournois de football, des concerts, des festivals de cinéma, n'est pas incompatible avec le fait de sauver des vies ? Comment procéder ?

4. Organiser des Conférences nationales de reconstitution des fonds de contrepartie

- 5 Il est souhaitable que la récolte des fonds de contrepartie ne soit plus seulement un exercice et un jonglage des pouvoirs publics en Afrique. En impliquant les entreprises privées et notamment les multinationales à ces Conférences nationales, ces manifestations vont provoquer un effet d'émulation et offrir une exposition médiatique susceptibles de remplir un des objectifs qui nous réunissent tous : des partenariats « gagnant-gagnant ».

POLICY BRIEF

1) To the Global Fund: The "conflict of interest" argument that excludes Ministers of Health from the CCM is a political misinterpretation. A pragmatic argument

- 1 The composition of National Coordinating Mechanisms is based on the idea that the Principal Recipient cannot be a member of the CCM. The Global Fund and CCMs therefore exclude a key player from among the stakeholders. It's as if a football team while training for a big competition excludes the captain of the team from the preparation, on the pretext that he is the one who will receive the armband and the best equipment. Thus, the CCMs are depriving themselves of the skills, expertise and corporatist legitimacy of the ministries of health to which the National AIDS, tuberculosis or malaria Councils / Committees are often linked in several countries. To compensate and circumvent this rule, several countries appoint or impose a representative of the presidency of the republic at the head of the CCM (Ivory Coast, Cameroon, etc.). It is a default strategy to maintain control over a body whose decisions engage the lives of millions of people. It is the role of African states, even the poorest to take, if not the rule, at least the regulation at the level of the health sector. The CCM cannot be reduced to a bank of which ministry of health is only a client whose outcome is decided in its absence. Part of the failure or weakness of CCMs is linked to a skills gap that exists elsewhere in the same countries. They must be used. How? By revising the question of this true false "conflict of interest", to put the Minister of Health back into the collegial discussion even if, in certain circumstances, he is not "voting". Confining him to the role of timely guest, is a misinterpretation. It is a question of legitimacy, division of roles and respect of sectoral attributions. Nobody decides the security policy of a country without the ministries dedicated to this sector. For health one must respect the same logic.

2) To France : Rethink the balance between direct and multilateral aid in France. Walk out of Jacobin state software

- 2 The United States and Germany ensure a balance between the two levels of partnerships, following an architecture integrated into their political culture. France is trying to live up to this standard with the so-called "5% Initiative" (allowing 5% of the French contribution to French and francophone expertise). It is necessary to go further because what is rightly complained about by the French actors in the field comes from two main points: the weakness of human resources and the lack of visibility of French contribution. Beyond the issue of visibility and therefore "the influence of France", it is imperative to redeploy French aid. In this register, we must go further in the "imitation" of the Anglo-Saxon model. Indeed, the United States and Germany as well mobilize the local and national expertise, in the long run, by recruiting African executives on the spot. They provide continuity of expertise and multi-year projects by strengthening networks of high-level consulting firms and leading NGOs. France must be inspired by it. If PEPFAR holds the rope in terms of health aid in one of the oldest historical partner countries of France in Africa (Ivory Coast), it is mainly thanks to this system. If the political orientation of the Universal Health Coverage in Senegal is of American inspiration, it is linked to the same phenomenon.

3) Extend national "counterpart funds" to multinationals. Africa's money for health

- 3 By imposing counterpart funds to recipient governments, which account for 20% of the total amount of the Global Fund grant, this mechanism follows a logic that is simple but partial: "if you are helped on, you must participate in the project ". Without insisting that these national funds are those of poor taxpayers in poor countries for which the Fund was created, the government can only make a relative contribution. Otherwise he would not be eligible for the Global Fund and often "20% of nothing is nothing" for the needs and sometimes a lot for public funds.
- 4 It is thus appropriate in this regard that national and multinational private enterprises, which realize significant profits, can contribute to these counterpart funds since these profits come from natural resources and / or African consumers. In the framework of Corporate Social Responsibility (CSR), you must call for their contribution on incentive. Why? Because funding football tournaments, concerts, film festivals, is not incompatible with saving lives. How to proceed?

4) Organize National Convergence for Replenishment Conferences

- 5 It is desirable that the harvesting of counterpart funds is no longer just an exercise and juggling of public authorities in Africa. By involving private companies and especially multinationals in these National Conferences, these events will provoke an emulation

effect and offer media exposure likely to fulfill one of the objectives that bring us all together: "win-win" partnerships.

Remerciements / Acknowledgements

- 1 Agence nationale de Recherche sur el sida et les hépatites virales (ANRS, Paris).
- 2 Site ANRS Cameroun
- 3 Site ANRS Côte d’Ivoire PAC – CI
- 4 Sites ANRS Sénégal CRCF
- 5 CCM Cameroun
- 6 CCM Côte d’Ivoire
- 7 CCM Sénégal
- 8 CCM Burkina Faso
- 9 Centre Population et Développement (CEPED). UMR 196 IRD – Université Paris Descartes
- 10 Institut de Recherche pour le Développement
- 11 Université Paris Descartes
- 12 Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE, Yaoundé, Cameroun)
- 13 Université de Yaoundé II
- 14 Université Assane Seck de Ziguinchor
- 15 Université Cheikh Anta Diop (UCAD, Dakar, Sénégal)
- 16 Université Gaston Berger (UGB) de Saint-Louis du Sénégal
- 17 Université Paris I Panthéon Sorbonne
- 18 Solthis, Aides, Coalition Plus (Paris) – Sunaids, Positive Generation (Yaoundé)

- 19 SCAC Amabassade France à Abidjan – SCAC Ambassade de France Dakar – SCAC Ambassade de France Yaoundé
- 20 Nathalie Assou– Laure Albert – Kalliopi Ango Ela – Rigas Arvanitis – Laëtitia Atlani-Duault – Mame Penda Ba – Richard Banégas – Brigitte Bazin – Jean-Pierre Bellefeuille – Bruno Bordage – Catherine Boutet – Saran Branchi – Jean-Philippe Braun – Nabu Cissé – Caroline Comitti – François Dabis – Dominique Darbon – Eric Delaporte – Jean-François Delfraissy – Georges Denoni – Annabel Desgrées du Loû – Oumar Diagne– Véronique Doré – Iman Eboko – Frtiz Eboko-Ekoka (+) – Serge Eholié – Jean-Pierre Elisha – Fogue Foguito – Etienne Gérard– Marc-Eric Gruénais – Jean-Baptiste Guiard Schimd– Isabelle Henry – Jean-Marc Hougard – Lazare Kaptué – Larissa Kojoué Kanga– Aymar Marius Kouadio – Sinata Koulla-Shiro – Gabrièle Laborde-Balen– Guillaume Lachenal – Jean-Pierre Lamarque – Sandrine Mirror Wall– Jean-Paul Moatti – Moh – Léo Montaz– Eitel Mpoudi Ngolle – Marie-Thérèse N’Dri Yoman – Olivier Nay – Ibra Ndoeye – Louis Pizarro – Claire Rekacewicz – Valéry Ridde – Nicolas Rouveau – Albert Same Ekobo – Thierry Sanzhié Bokally – Guilaine Thebault-Diagne – Isaac Tita – Lucia Valiente – Marie Varloteaux – Laurent Vidal – Bernard Taverne
- 21 Mention spéciale aux étudiants de SciencesPo Paris, Collège Universitaire Europe Afrique (Euraf), Campus de Reims
- 22 Special Thanks to SciencesPo Paris students, University College Europe Africa (Euraf), Reims Campus.