

Un Nouveau pacte pour le financement de la santé

Des principes à la pratique

TOM DRAKE · ANASTASSIA DEMESHKO · MIZAN KIROS MIRUTSE · SOLOMON TESSEMA MEMIRIE · OLE F. NORHEIM · MILOUD KADDAR · KALIPSO CHALKIDOU · PETE BAKER · NADIA YAKHELEF

Résumé

Le financement de la santé à l'échelle mondiale traverse une période de tension considérable suite aux chocs subis par l'aide en 2025, y compris la fermeture de l'USAID et les réductions de grande ampleur de la part de tous les bailleurs de fonds européens. Le déclin qui en a découlé dans l'aide au développement pour la santé a interrompu les services et amplifié les préoccupations historiques au sujet de la fragmentation, de la dépendance à l'aide et du manque d'alignement sur les systèmes nationaux. Dans ce contexte, les appels en faveur de la réforme sur le financement et la coordination des services de santé se sont vus renouvelés.

Axé sur la détermination des priorités éclairée par des données probantes, le financement à priorité domestique des services fondamentaux et l'aide supplémentaire consolidée, le Nouveau pacte propose un cadre qui entend guider la réforme du financement de la santé. Le présent document examine la manière dont le Nouveau pacte pour le financement de la santé peut passer des principes à la pratique, à la fois à titre de guide stratégique pour la réforme mondiale et de cadre technique au niveau des pays individuels. Nous analysons les implications dans le cadre de trois scénarios pour la réforme de l'architecture de la santé mondiale : le maintien du statu quo ; le changement des politiques des bailleurs de fonds sans réforme de l'architecture ; et la consolidation d'un mécanisme de financement multilatéral. Nous nous appuyons sur les enseignements tirés des initiatives de coordination passées, tant mondiales qu'au niveau national, et évaluons les possibilités de changement des politiques des bailleurs de fonds nécessaires pour rendre opérationnelles les réformes alignées sur l'approche du Nouveau pacte. Un cadre pour les facteurs de réussite au niveau des pays est mis au point pour guider les plans de transition. Envisagé de manière conjointe avec des idées de mesures pour les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires, le présent document positionne le Nouveau pacte comme une approche de renforcement de l'appropriation par les pays, d'amélioration de l'efficacité de l'allocation et de la construction de systèmes de financement de la santé plus résilients dans un contexte d'incertitude fiscale.

Un Nouveau pacte pour le financement de la santé : des principes à la pratique

Tom Drake

Center for Global Development ; Wellcome Trust

Anastassia Demeshko

Center for Global Development

Mizan Kiros Mirutse

Bergen Center for Ethics and Priority Setting in Health, université de Bergen

Solomon Tessema Memirie

Addis Center for Ethics and Priority Setting, université d'Addis-Abeba

Ole F. Norheim

Bergen Center for Ethics and Priority Setting in Health, université de Bergen ; Harvard T.H. Chan School of Public Health, université d'Harvard

Miloud Kaddar

Consultant indépendant

Kalipso Chalkidou

School of Public Health, Imperial College London

Pete Baker

Center for Global Development

Nadia Yakhelef

Centres africains de contrôle et de prévention des maladies

Les opinions exposées dans le présent rapport reflètent celles des auteur·rice·s et ne doivent pas être interprétées comme des positions institutionnelles liées aux affiliations des auteur·rice·s, quelles qu'elles soient.

Le Foreign, Commonwealth & Development Office du Royaume-Uni a apporté un appui financier au Center for Global Development pour ce travail.

Tom Drake, Anastassia Demeshko, Mizan Kiros Mirutse, Solomon Tessema Memirie, Ole F. Norheim, Miloud Kaddar, Kalipso Chalkidou, Pete Baker et Nadia Yakhelef. 2026. « Un Nouveau pacte pour le financement de la santé : des principes à la pratique. » Analyse stratégique 386 du CGD. Washington, DC : Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-principle-practice>

CENTER FOR GLOBAL DEVELOPMENT

2055 L Street, NW Fifth Floor
Washington, DC 20036

1 Abbey Gardens
Great College Street
London
SW1P 3SE

www.cgdev.org

Center for Global Development 2026.

The Center for Global Development works to reduce global poverty and improve lives through innovative economic research that drives better policy and practice by the world's top decision makers. Use and dissemination of this Policy Paper is encouraged; however, reproduced copies may not be used for commercial purposes. Further usage is permitted under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

The views expressed in CGD Policy Papers are those of the authors and should not be attributed to the board of directors, funders of the Center for Global Development, or the authors' respective organizations.

Sommaire

Acronymes.....	1
Résumé exécutif.....	2
Les origines du Nouveau pacte pour le financement des services de santé	2
Vers la mise en œuvre du Nouveau pacte	3
1. Introduction.....	6
2. Le Nouveau pacte : une vision stratégique mondiale et un cadre technique pour les pays	9
Un Nouveau pacte mondial	10
Les Nouveaux pactes nationaux	10
Les avantages et les risques du Nouveau pacte pour les pays et les bailleurs de fonds	11
3. Les scénarios de haut niveau pour le Nouveau pacte	14
Scénario 1 : Le statu quo	14
Scénario 2 : Des changements des politiques des bailleurs de fonds sans réforme architecturale	15
Scénario 3 : La consolidation du financement dans un canal multilatéral unique	15
4. Le paysage des initiatives de coordination du financement de la santé.....	17
Facteurs de réussite et faiblesses communes des initiatives passées	18
Qu'apporte le Nouveau pacte aux initiatives de coordination existantes ?... 20	
5. Les cadres de politiques et les stratégies des bailleurs de fonds pour le financement des services de santé.....	20
Le financement multilatéral	20
Les politiques des bailleurs de fonds bilatéraux	22
Les changements de politiques potentiels des bailleurs de fonds pour faciliter la mise en œuvre du Nouveau pacte	22
Considérations en matière de politiques complémentaires	24
6. Les facteurs de réussite du Nouveau pacte au niveau des pays	27
Le contexte politique et économique	27
La gouvernance et la coordination	28
Le financement de la santé	28
La détermination des priorités éclairée par des données probantes	29
La gestion des finances publiques	31

La coordination des bailleurs de fonds	32
7. Conclusion	33
8. Idées d’action	34
Pour les bailleurs de fonds et les institutions multilatérales	34
Pour les pays bénéficiaires	34
Références	35
Annexes	44
Annexe 1 : Passage en revue des initiatives de coordination au niveau des pays	44
Annexe 2 : Examen des cadres d’allocation des ressources des bailleurs de fonds	49
Annexe 3 : Cadre permettant aux pays d’évaluer les facteurs de réussite de la mise en œuvre du Nouveau pacte	53

Figures

1. Dépenses actuelles de santé par source de financement des pays bénéficiaires d’une aide dont plus de 10 % des dépenses de santé proviennent de sources extérieures de financement, 2022	8
2. Illustration de l’ensemble de prestations de santé priorisé, l’investissement d’aide étant à la marge	11
3. Chronologie des initiatives de coordination du financement de la santé à l’échelle mondiale, des années 1990 à 2025	18

Tableaux

A1. Enseignements tirés des initiatives de coordination mondiales	45
A2. Les enseignements tirés des initiatives de coordination du financement de la santé au niveau des pays	47
A3. Cartographie des principaux cadres de politiques et documents de stratégie des bailleurs de fonds pour l’allocation des ressources et les complémentarités du Nouveau pacte	50
A4. Cadre permettant aux pays d’évaluer les facteurs de réussite de la mise en œuvre du Nouveau pacte	53

Acronymes

ADS	aide au développement pour la santé
APD	aide publique au développement
AS	approches sectorielles
BMD	banque multilatérale de développement
CDC Afrique	Centres africains de contrôle et de prévention des maladies
CGD	Center for Global Development
CSU	couverture sanitaire universelle
DPEDP	détermination des priorités éclairée par des données probantes
EES	ensemble essentiel de services de santé
FCDO	Foreign, Commonwealth & Development Office
GFP	gestion des finances publiques
IDA	Association internationale de développement (d'après l'acronyme anglais)
IHP+	Partenariat international pour la santé (d'après l'acronyme anglais)
ISM	initiatives pour la santé mondiale
MFM	Mécanisme de financement mondial
MGM	mécanismes de garantie de marché
MRI	mobilisation des ressources intérieures
ODD	objectifs de développement durable
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAM ODD3	Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, ou Plan d'action mondial pour la réalisation de l'ODD 3
PEFA	dépenses publiques et responsabilité financière (d'après l'acronyme anglais)
PRFI	pays à revenu faible et intermédiaire

Résumé exécutif

Le financement de la santé à l'échelle mondiale a atteint un point d'inflexion critique, déclenché par la [clôture soudaine des opérations de l'USAID en 2025](#) et les [réductions budgétaires considérables du Foreign, Commonwealth & Development Office du Royaume-Uni](#) et d'autres bailleurs de fonds européens. Comme nous l'exposons dans la **Première partie**, l'aide au développement pour la santé (ADS) a [décliné, passant d'un montant relativement stable de 50 milliards de dollars É.-U. par an dans la période ayant précédé la COVID-19 à un montant estimé à 38,4 milliards de dollars É.-U en 2025](#). Ce choc subi par l'aide a interrompu les services de santé, coûté des vies et fait émerger des préoccupations de longue date autour de la dépendance à l'aide, du caractère limité de la souveraineté nationale dans le domaine de la santé, des problèmes d'inefficacité de l'ADS, de la fragmentation de l'aide, de la mauvaise coordination des bailleurs de fonds, du manque d'alignement sur les priorités nationales et de la faiblesse de la planification de la transition. En réponse aux réductions de l'aide de 2025, une vague d'initiatives s'est employée à repenser le financement de la santé à l'échelle mondiale : on peut, par exemple, citer la [résolution sur le financement de la santé de l'Assemblée mondiale de la Santé](#), la [Réinitialisation d'Accra](#), et les « [Pactes nationaux pour la santé](#) », soutenus par la Banque mondiale.

Le Center for Global Development, aux côtés du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies, du Bergen Centre for Ethics and Priority Setting in Health, de l'Addis Center for Ethics and Priority Setting et de l'Imperial College London, met au point depuis plusieurs années une proposition de Nouveau pacte entre les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires pour le financement des services de santé. Dans le présent document, nous démontrons comment le Nouveau pacte peut contribuer de manière vitale à l'agenda actuel de la réforme de la santé mondiale et analysons les évolutions des politiques mondiales et nationales qui sont nécessaires à sa mise en œuvre.

Les origines du Nouveau pacte pour le financement des services de santé

Le Nouveau pacte est composé de trois piliers :

1. **Une détermination des priorités menée au niveau local et éclairée par des données probantes**, dans laquelle les institutions nationales définissent un ensemble fondamental de services de santé ultra-prioritaires à l'aide de données robustes et de processus équitables ;
2. **Une allocation des ressources à priorité domestique**, permettant aux gouvernements de financer cet ensemble fondamental pour promouvoir l'appropriation et la stabilité ;
3. **Une aide supplémentaire consolidée**, dans le cadre de laquelle les bailleurs de fonds collaborent pour fournir des financements supplémentaires destinés aux services additionnels, aux infrastructures ou au soutien transversal, comblant les lacunes dans les secteurs où la capacité domestique est limitée.

Ce qui différencie fondamentalement le Nouveau pacte des initiatives de coordination antérieures est le séquençage explicite de l'élaboration du budget : les ressources intérieures sont allouées en premier à un ensemble défini de prestations fondamentales, tandis que le financement extérieur est restreint à un supplément marginal clairement identifié. Cela modifie les incitations à la fois pour les gouvernements et les bailleurs de fonds, et permet de remédier directement à la fragmentation observée dans les [pactes](#) et les approches sectorielles (AS) précédents.

Comme décrit dans la **Deuxième partie**, le Nouveau pacte peut avoir des applications à la fois à titre d'orientation stratégique mondiale pour la réforme sectorielle et de cadre technique d'allocation

des ressources au niveau des pays. En tant qu'orientation stratégique, un « Nouveau pacte mondial » pourrait être convenu entre les pays et les bailleurs de fonds, avec un changement de paradigme qui permettrait de s'éloigner des priorités déterminées par les bailleurs de fonds et du financement préaffecté et très fragmenté pour se diriger vers un modèle marqué par une appropriation des pays concernés qui protège les services essentiels des chocs externes. Par opposition, un « Nouveau pacte national » constituerait un cadre technique capable de fournir une structure pour les initiatives de niveau national visant à gérer la complexité des flux de financement extérieur.

Les répercussions du Nouveau pacte sont potentiellement profondes :

- Le fait de donner une place centrale à la détermination des priorités menée au niveau du pays et éclairée par des données probantes ne restaure pas seulement la souveraineté nationale dans l'élaboration des politiques en matière de santé, mais renforce également les institutions et processus locaux qui étaient auparavant éludés par l'aide extérieure, leur permettant ainsi de mener à bien leurs fonctions essentielles. Si c'est bien fait, cela signifie également un meilleur rendement des fonds du point de vue des résultats de santé grâce à une allocation efficace des finances *à la fois* domestiques et extérieures.
- Le financement à priorité domestique protège les services fondamentaux de la volatilité des finances extérieures, réduit le risque de voir l'ADS supplanter purement et simplement le financement domestique et renforce le lien entre les institutions publiques et leurs populations, alignant les incitations politiques qui poussent les dirigeants politiques à s'acquitter de leurs engagements et à recevoir des éloges pour l'avoir fait.
- Enfin, la consolidation du soutien des bailleurs de fonds et l'amointrissement de leur responsabilité dans le financement des services fondamentaux leur donnent plus de marge pour mettre à profit leurs secteurs d'avantage comparatif, notamment la fourniture de biens communs pour la santé. Cela permet également de donner naissance à un nouveau récit présentant l'aide comme favorisant l'autonomie plutôt que la dépendance, ce qui est vital pour réengager les parties prenantes (y compris les contribuables des pays bailleurs de fonds) dans un contexte de pressions fiscales et de tendances isolationnistes.

Toutefois, l'architecture actuelle de l'aide, ainsi que les défis pratiques liés à sa mise en œuvre, pourraient compromettre les avantages sus-cités. Les pays peuvent rencontrer des lacunes en matière de capacité dans la détermination des priorités ou la gestion des finances publiques, ce qui pourrait mener à une mauvaise allocation des ressources. La mise en œuvre initiale exige une coordination et une évolution institutionnelle considérables ; une coordination insuffisante des bailleurs de fonds pourrait perturber les services en cours pendant la transition. S'ils intégraient le soutien au budget national, les bailleurs de fonds pourraient être moins à même de surveiller les fonds et, potentiellement, pourraient subir un retour de bâton politique dans leurs pays d'origine en cas de détournement.

Vers la mise en œuvre du Nouveau pacte

La mise en œuvre des Nouveaux pactes nationaux pour le financement de la santé dépend de décisions au niveau macro sur l'avenir de l'architecture de la santé mondiale. La **Troisième partie** présente trois trajectoires possibles pour la réforme de la santé mondiale :

1. **Le statu quo:** aucune réforme architecturale significative pour défragmenter le financement extérieur des services de santé et aucun changement des politiques des grands bailleurs de fonds ;

2. **Des changements des politiques des bailleurs de fonds sans réforme architecturale** : certains bailleurs de fonds ou agences multilatérales procèdent à des changements de politiques d'ampleur qui améliorent les dispositifs de financement extérieur et facilitent la mise en œuvre des Nouveaux pactes nationaux ;
3. **Un mécanisme de financement multilatéral consolidé** : une réforme significative de l'architecture, peut-être inaugurée au titre d'un Nouveau pacte mondial, regroupe une majorité (mais pas l'intégralité) du financement extérieur des services de santé sous l'égide d'un mécanisme de financement unique.

Chaque scénario constitue un archétype. Tandis qu'un Nouveau pacte mondial pourrait catalyser un changement de grande ampleur en faveur d'un financement consolidé, il est peut-être plus probable que la géopolitique actuelle mène à un mélange de consolidation partielle, d'ajustements sélectifs des politiques des bailleurs de fonds et d'éléments du statu quo.

Ainsi, les Quatrième, Cinquième et Sixième parties envisagent une mise en œuvre par étapes des Nouveaux pactes nationaux en termes de :

1. Mécanismes de coordination au niveau des pays nécessaires pour réorganiser le financement de la santé fragmenté autour d'un mode de Nouveau pacte (Quatrième partie) ;
2. Changements des politiques des bailleurs de fonds qui faciliteraient cette transition (Cinquième partie) ;
3. Capacités des pays qui favoriseraient la réussite de la mise en œuvre (Sixième partie).

La Quatrième partie synthétise les leçons tirées de décennies passées à tenter de coordonner le financement de la santé. Des initiatives telles que les [approches sectorielles](#) (AS), le [Partenariat international pour la santé](#) (IHP+) en 2007 ou la [CSU2030](#) ont fait progresser l'alignement et l'appropriation par les pays mais ont souvent échoué en raison de l'hétérogénéité de la participation des bailleurs de fonds, de la faiblesse de la redevabilité, des préoccupations des bailleurs de fonds autour de la fongibilité et de la corruption et de la non-satisfaction des attentes en matière de financement. Le Nouveau pacte n'est pas le successeur de ces initiatives et n'exige pas d'accord formel supplémentaire. Il constitue plutôt un ensemble de principes qui pourrait être adopté par toute structure de coordination ou tout accord formel existant, par exemple pour renforcer les [pactes nationaux pour la santé](#) soutenus par la Banque mondiale en 2025.

La cartographie des politiques des principaux bailleurs de fonds présentée en **Cinquième partie** met en évidence le fait que, si les politiques exprimées par les bailleurs de fonds et les agences multilatérales soulignent souvent qu'il est important de renforcer les systèmes de santé, les ressources de ces acteurs sont principalement centrées sur des interventions spécifiques à certaines maladies dotées d'un impact direct clair. La consolidation des systèmes de santé est souvent envisagée comme un silo distinct, avec une mise en œuvre ponctuelle. Pour rendre les Nouveaux pactes nationaux plus faisables, les bailleurs de fonds pourraient éloigner leurs politiques et leurs pratiques de la programmation basée sur les maladies et les interventions pour les centrer davantage sur les biens communs et les partenariats avec les pays. Ils pourraient adopter des instruments financiers plus flexibles pour les bénéficiaires, tels que le financement par enveloppe ou le soutien intégré au budget national, tout en maintenant une redevabilité fiduciaire suffisante. Les bailleurs de fonds pourraient également reconsidérer leurs récits pour y inclure l'établissement de rapports conjoint sur l'impact et l'attribution, axé sur la durabilité et la transition de long terme.

Du point de vue de chaque pays, la réussite d'un Nouveau pacte national repose sur la stabilité politique et économique, la force du leadership, la capacité de financement de la santé, la détermination des priorités éclairée par des données probantes, la robustesse de la gestion des finances publiques et

l'harmonisation des bailleurs de fonds. Le cadre de préparation proposé dans la **Sixième partie** évalue ces facteurs pour guider la mise au point de plans de transitions personnalisés. Les pays dotés de systèmes de détermination des priorités plus robustes, de dépenses de santé par habitant élevées et d'un faible taux de paiements à la charge du patient sont mieux positionnés, mais même les nations rencontrant des limites de ressources peuvent introduire progressivement des réformes en renforçant leurs capacités domestiques. Remarque : les Nouveaux pactes nationaux ne suggèrent pas *comment* définir des priorités, ni quels critères ou quelles données probantes utiliser. C'est aux gouvernements de déterminer ces éléments à partir des orientations mondiales, des valeurs nationales et des négociations politiques et propres au contexte.

En conclusion, le Nouveau pacte offre une réponse opportune dans le temps et concrète à la crise actuelle du financement de la santé, promettant des systèmes plus durables et plus équitables. Il peut guider de manière stratégique la réforme de l'architecture de la santé mondiale, en plus de fournir un cadre technique pour améliorer les partenariats entre pays et bailleurs de fonds dans des pays particuliers. Les bailleurs de fonds devraient donner priorité aux réformes des politiques pour s'aligner sur les approches menées au niveau des pays, explorer les mécanismes de financement consolidés et investir dans le renforcement des systèmes de santé. Les pays doivent communiquer leurs préférences en matière de réforme, augmenter le financement domestique et développer leurs capacités de détermination des priorités. En agissant en collaboration, les parties prenantes peuvent transformer les réductions de l'ADS en possibilités de rendre les financements de santé plus résilients et plus sujets à l'appropriation par les pays, faisant en fin de compte progresser la couverture sanitaire universelle ainsi que la souveraineté en matière de santé et l'équité dans la santé mondiale.

1. Introduction

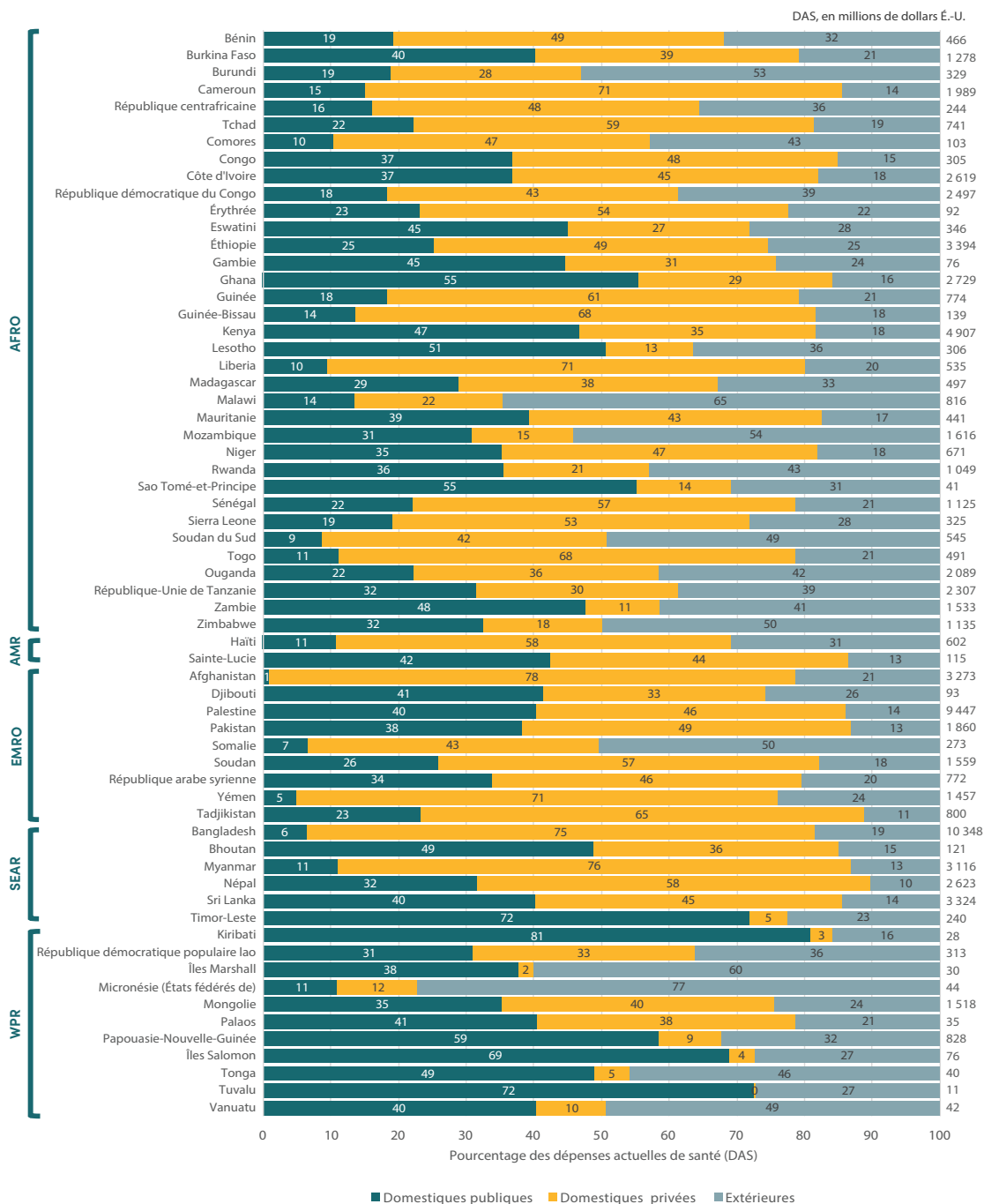
Le financement de la santé à l'échelle mondiale est entré dans une ère de volatilité accrue. La convergence de réductions drastiques de l'aide par les principaux bailleurs de fonds en 2025, de vents contraires persistants dans l'économie mondiale et d'un renforcement de l'incertitude géopolitique a rendu moins prévisible le financement extérieur pour les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Ces chocs subis par le financement reflètent également la dynamique plus large de l'économie politique, y compris le déclin de l'appui politique au multilatéralisme, l'accroissement des pressions fiscales domestiques dans les pays bailleurs de fonds et le renforcement de la contrainte à démontrer des résultats de court terme et imputables aux dépenses pour l'aide. Ces chocs ont lieu dans le contexte d'un relèvement de la COVID-19 qui n'est pas achevé et d'une polycrise mondiale plus générale dans les domaines tant économique, environnemental et social que technologique qui continue à mettre sous tension l'espace fiscal et la capacité des institutions (World Bank 2025a) (World Bank 2024c). Ensemble, ces pressions menacent la pérennité du financement de la santé et la résilience des systèmes de santé dans de nombreux PRFI.

L'ampleur de cette volatilité est évidente dans les tendances récentes observées dans l'aide au développement pour la santé (ADS). Après être restée relativement stable, entre 45 et 50 milliards de dollars É.-U. entre 2013 et 2019, l'ADS a explosé pendant la réponse à la COVID-19, atteignant son pic à 80,3 milliards de dollars É.-U. en 2021. En 2025, selon les estimations, l'ADS avait chuté, n'atteignant que 38,4 milliards de dollars É.-U., un niveau inédit depuis 2009 (Apeagyei et al. 2025). Les réductions les plus importantes ont été constatées dans l'aide bilatérale des États-Unis, des diminutions considérables ayant également été annoncées par d'autres bailleurs de fonds de premier ordre, dont le Royaume-Uni et l'Allemagne. Ces coupes auront des répercussions disproportionnées sur les pays qui dépendent de financements extérieurs pour la santé (Figure 1), 24 pays bénéficiaires de l'aide dérivant plus de 30 % du total de leurs dépenses de santé de l'ADS, ce qui met leurs systèmes de santé en danger. En outre, dans le contexte de concurrence accrue pour la reconstitution des ressources (Madan Keller, Landers, et al. 2025), les séries de reconstitution des ressources pour des organisations telles que l'Alliance du Vaccin (Gavi) n'ont pas permis de répondre à leurs objectifs dans cette période de réductions continues de l'ADS (Gavi 2025b). Si elles ne se trouvent pas atténuées par une augmentation de la mobilisation des ressources intérieures (MRI) ou des mécanismes de financement alternatifs, ces tendances risquent de perturber la prestation des services de santé et de ralentir la progression dans l'amélioration des résultats de santé et de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Même avant les coupes budgétaires de 2025, l'ADS était entravée par la fragmentation, la mauvaise coordination des bailleurs de fonds, le caractère limité de l'appropriation par les pays, le manque d'alignement sur les priorités nationales, le remplacement du financement domestique, le manque d'efficacité de la détermination des priorités et la faiblesse de la planification de la transition, des aspects qui sont tous délétères pour la prestation des services de santé dans les PRFI (Drake et al. 2023). Dans le même temps, les ministères de la Santé des pays bénéficiaires d'une aide font face à leurs propres pressions internes croissantes : transferts de la charge des maladies, évolution des demandes des systèmes de santé, crises des effectifs dans la santé et ralentissements économiques qui limitent les efforts visant à augmenter la MRI pour la santé (Kruk et al. 2018 ; Kodali 2023 ; WHO 2017).

Toutefois, la crise recèle également des possibilités. La réforme visant à répondre aux besoins de long terme des pays bénéficiaires d'une aide prend de l'importance depuis quelques années, et les crises financières ébranleront sans aucun doute un système doté de défauts quasi-structurels. L'Agenda de Lusaka a mis en avant les changements essentiels nécessaires pour accélérer l'évolution des initiatives pour la santé mondiale (ISM) (Future of Global Health Initiatives 2023). Une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2025 appelait également les États Membres à renforcer les systèmes de financement équitables dans le domaine de la santé en renforçant les ressources publiques domestiques, en favorisant la collaboration entre les autorités sanitaires et financières et en encourageant le développement des capacités, dans l'objectif de progresser plus vite vers la réalisation de la CSU à l'horizon 2030 (WHO 2025e). Les dirigeants africains sont à l'avant-garde des appels à la réforme. Dans le cadre de la Réinitialisation d'Accra, Pate et coll. ont appelé à « transformer l'écosystème de la santé mondiale », et le document « Le financement de la santé dans une nouvelle ère » des Centres pour la prévention et le contrôle des maladies d'Afrique (CDC Afrique) présente des plans pour renforcer le financement de la santé sur le continent africain et atténuer l'impact des baisses dans l'aide publique au développement (APD) (Pate et al. 2026 ; Africa Centres for Disease Control and Prevention 2025). Dans la même veine, le Center for Global Development a produit plusieurs travaux sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale, y compris une proposition de réinvention de l'aide relative à la santé par l'intermédiaire d'un Nouveau pacte pour le financement de la santé (Drake et al. 2023).

FIGURE 1. Dépenses actuelles de santé par source de financement des pays bénéficiaires d'une aide dont plus de 10 % des dépenses de santé proviennent de sources extérieures de financement, 2022



Notes : AFRO : région Afrique, AMR : région des Amériques ; EMRO : région de la Méditerranée orientale, SEAR : région de l'Asie du Sud-Est, WPR : région du Pacifique occidental, CHE : dépenses actuelles de santé.

Source : Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (WHO 2025a).

Dans le présent document, nous décrivons comment les pays et les bailleurs de fonds peuvent passer d'une idée de mise à œuvre à un Nouveau pacte. Nous commençons par introduire de nouveau et peaufiner la proposition de Nouveau pacte, puis nous envisageons des scénarios larges concernant l'avenir de l'architecture de la santé mondiale dans le cadre desquels la mise en œuvre pourrait avoir lieu. Nous proposons ensuite une analyse détaillée sur trois sujets : (1) les mécanismes de coordination au niveau des pays, (2) les changements de politiques des bailleurs de fonds nécessaires et (3) les capacités des pays requises pour la réussite du Nouveau pacte. Pendant la rédaction du présent document, nous avons bénéficié de consultations avec diverses parties prenantes mondiales du domaine de la santé, notamment dans le cadre d'une table ronde virtuelle organisée avec des dirigeants sanitaires du continent africain en février 2025 (Demeshko, Memirie, et al. 2025) et d'une réunion en présentiel avec les participants lors du Sommet mondial de la santé en octobre 2025.

2. Le Nouveau pacte : une vision stratégique mondiale et un cadre technique pour les pays

Le Nouveau pacte est une proposition, adressée aux bailleurs de fonds mondiaux et aux pays bénéficiaires dans le domaine de la santé, de convenir d'une nouvelle approche vis-à-vis du financement des services de santé. Les principes fondamentaux qui définissent le pacte proposé sont les suivants :

1. **Une détermination des priorités menée au niveau local et éclairée par des données probantes**, dans laquelle les institutions nationales sont accompagnées dans la définition de priorités sanitaires en s'appuyant sur les données probantes disponibles ;
2. **Une allocation des ressources à priorité domestique**, ce qui signifie que les pays s'approprient l'ensemble fondamental de services à haute priorité, y compris le financement ;
3. **Une aide supplémentaire consolidée**, qui implique une coopération des bailleurs de fonds entre eux ainsi qu'avec les dirigeants de pays pour concevoir un ensemble supplémentaire, à la fois en termes de services de santé additionnels et d'autres mesures de soutien transversal.

Dans des travaux précédents, le CGD et ses collaborateurs avaient exposé le concept initial (Drake et al. 2023), modélisé son application via des scénarios d'adoption intégrale et partielle en Éthiopie (Memirie et al. 2024), évalué les implications en matière de politique pour Gavi (Morton et al. 2024), et examiné les conséquences pour la gestion des finances publiques (Gheorghe et al. 2024), le financement des biens communs pour la santé (Drake and Demeshko 2024), la nécessité d'une analyse de l'économie politique pour se repérer dans la réforme mondiale (Drake and Khan 2024) et les implications pour la détermination des priorités des bailleurs de fonds (Drake et al. 2025). Le CGD s'est également associé au CDC Afrique pour analyser quelle apparence pourrait revêtir le Nouveau pacte pour la région africaine (Demeshko, Memirie, et al. 2025 ; Demeshko, Drake, et al. 2025).

Dans ce document de politique, nous nous appuyons sur ces idées pour montrer comment le Nouveau pacte peut passer des principes à la pratique par l'intermédiaire des réformes mondiales et nationales requises pour la mise en œuvre. Dans ce cadre, nous opérons une distinction entre l'application des principes du Nouveau pacte au niveau mondial et national.

Un Nouveau pacte mondial

Historiquement, dans les pays bénéficiaires, les bailleurs de fonds tendent à soutenir les soins de santé en suivant leur propre perception des priorités. Cela se traduit notamment par des offres de financement préaffectés, le financement d'ONG internationales thématiques ou la création d'ISM multilatérales axées sur des maladies ou des interventions spécifiques. Les gouvernements nationaux sont ensuite censés financer d'autres services autour ces aspects. L'adoption d'un Nouveau pacte mondial en tant que vision stratégique pour la santé mondiale nécessiterait de réformer l'architecture de la santé mondiale tout autant que les politiques des bailleurs de fonds. Cela permettrait de passer d'une approche centrée sur des maladies précises et menée par les bailleurs de fonds à un modèle dirigé par les priorités des pays et le financement à priorité domestique, les bailleurs de fonds ne jouant qu'un rôle d'appui.

Dans le cadre du Nouveau pacte mondial, les principes du Nouveau pacte pourraient être mis en œuvre de différentes manières. Une déclaration multilatérale pourrait être rédigée. Il pourrait, par exemple, s'agir d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, dans laquelle tous les grands bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires se rassemblent avec l'ambition de donner naissance à une nouvelle ère de la santé mondiale et à de nouveaux principes de collaboration, les trois principes du Nouveau pacte faisant partie de cet engagement. On pourrait également recourir à une déclaration d'une « coalition des volontés », conformément à la proposition de Pate et coll., dans le cadre de la Réinitialisation d'Accra (Pate et al. 2026).

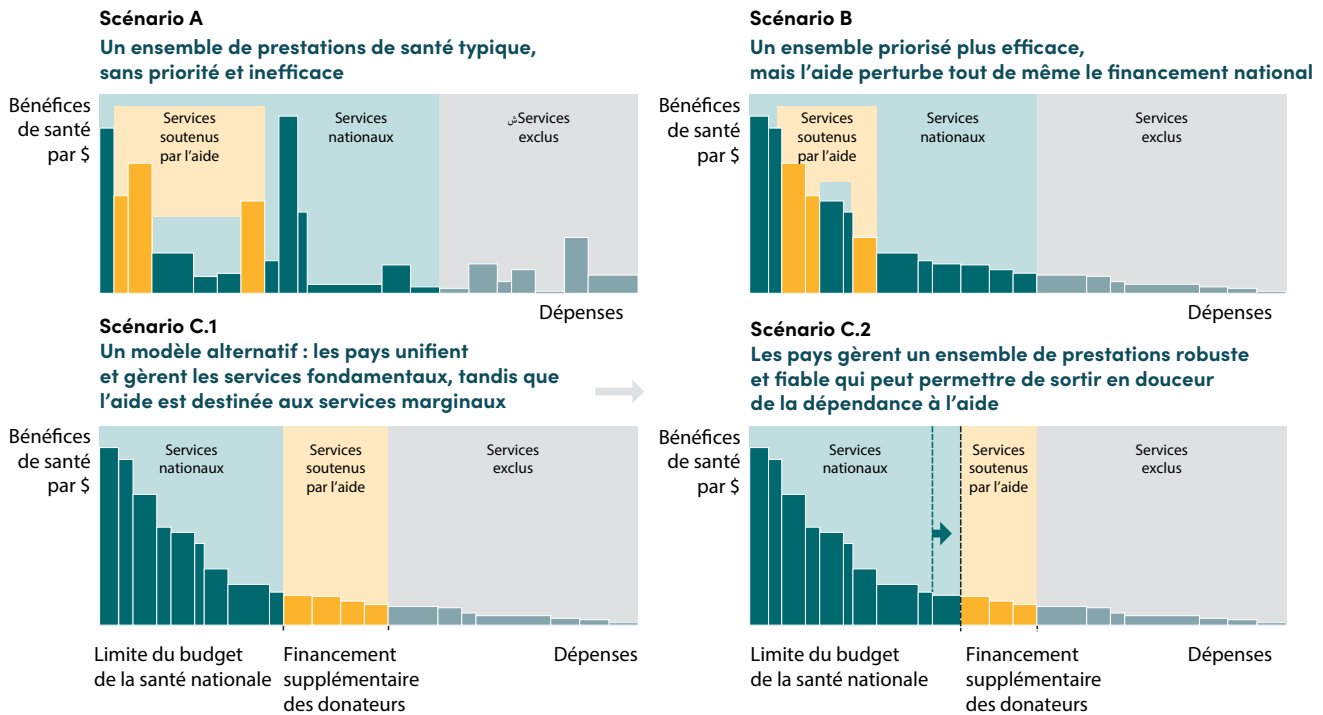
Les Nouveaux pactes nationaux

Les principes du Nouveau pacte peuvent également être mis en pratique dans le cadre d'un accord entre les bailleurs de fonds et un gouvernement au niveau du pays. Idéalement, ce Nouveau pacte national serait construit autour d'un ensemble explicite de prestations de santé conçu via un processus de détermination des priorités mené au niveau local, éclairé par des données probantes et équitable. Ledit ensemble devra s'ancrer à la fois dans l'élaboration du budget national et dans les cadres de dépenses à moyen terme.

La mise en application du Nouveau pacte en tant que cadre technique au niveau des pays se ferait certainement par l'intermédiaire d'une structure de coordination des bailleurs de fonds au niveau des pays (Sixième partie) ou d'un nouveau mécanisme de financement consolidé (Troisième partie). Plutôt qu'une situation où les pays déterminent ce qui leur reste à récupérer après les différents engagements des bailleurs de fonds, la planification des pays serait prioritaire et, au cours de ce processus, les pays et les bailleurs de fonds adopteraient le principe clair selon lequel le financement national est (au moins en théorie) alloué en premier. Le financement pourrait alors être fourni sous forme de soutien intégré au budget national par certains bailleurs de fonds, mais avec une confiance accrue envers un processus plus clair qui donne la priorité aux services les plus importants et qui indique explicitement que le soutien est additionnel et ne supprime pas le financement domestique, ou ne fait pas doublon avec l'appui d'autres bailleurs de fonds. Ceci est illustré à la Figure 2. Les dépenses à la charge du patient seraient considérées comme une mesure de dernier recours pour les services non pris en charge par les sources publiques, issues des bailleurs de fonds ou institutionnelles privées.

Actuellement, l'existence de multiples flux de financement extérieur tend à rendre plus difficiles la conception et la mise en œuvre d'un ensemble clair de prestations de santé, ce qui met à mal les efforts de renforcement des systèmes de santé fournis par les institutions locales. L'adoption d'une approche du Nouveau pacte signifierait que les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires conviennent de donner une place centrale aux processus menés au niveau des pays et de concevoir le soutien des bailleurs de fonds autour de ces processus, intégrant une approche de renforcement des systèmes de santé aux modalités-mêmes de fourniture de l'aide.

FIGURE 2. Illustration de l'ensemble de prestations de santé priorisé, l'investissement d'aide étant à la marge



Notes : le passage du scénario A au scénario B montre comment des décisions rentables permettent d'obtenir de meilleurs résultats de santé pour les mêmes dépenses, mais l'ADS perturbe toujours le financement national. Dans le Nouveau pacte (scénario C1), les pays déterminent et financent des services fondamentaux à haute valeur, tandis que les bailleurs de fonds fournissent un ensemble supplémentaire qui vient s'y ajouter. À mesure de l'augmentation des budgets domestiques, la dépendance à l'ADS s'atténue (scénario C2).

Les avantages et les risques du Nouveau pacte pour les pays et les bailleurs de fonds

Avantages et risques pour les pays

Pour les pays, un avantage clé est l'atténuation de la volatilité associée à l'aide extérieure. En centrant les ressources intérieures sur le financement d'un ensemble essentiel de services, les nations sont préservées des changements soudains de politiques des bailleurs de fonds, des mutations politiques et des gels abrupts de l'aide, comme cela a été le cas avec l'USAID. Cela protège ainsi la stabilité des programmes fondamentaux sur la santé. Par ailleurs, l'approche est très favorable pour l'autonomisation locale. Par l'intermédiaire d'une détermination des priorités dirigée au niveau local et fondée sur des données probantes, les gouvernements pourraient exercer une plus grande autonomie dans la gestion des priorités de santé nationale, ce qui pourrait contribuer à renforcer les institutions de santé et à accroître la redevabilité des décideurs envers les citoyens locaux. Cet éloignement d'une aide fragmentée et dirigée par les bailleurs de fonds pourrait permettre aux gouvernements de se concentrer sur la gestion des systèmes plutôt que de solliciter toute une mosaïque de subventions. En outre, les pays pourraient obtenir un meilleur rendement des fonds du point de vue des résultats de santé, le Nouveau pacte encourageant une meilleure priorisation des services de santé et une allocation des fonds à la fois domestiques et provenant de bailleurs de fonds. En dissociant les soins de base des incertitudes du financement extérieur, la continuité des services de santé vitaux peut être mieux protégée.

Cela dit, l'adoption du Nouveau pacte pose des risques pour les pays. Elle peut rapidement accentuer la charge qui pèse déjà sur la détermination des priorités éclairée par des données probantes existantes et les systèmes de gestion des finances publiques, ce qui pourrait mener à des problèmes d'efficacité ou à une mauvaise allocation des ressources. L'accroissement de l'autonomie des pays peut également exposer les systèmes à des risques de gouvernance tels que la corruption ou la mauvaise gestion, surtout dans les contextes où les mécanismes de redevabilité sont faibles ou bien où la surveillance s'amoinde en conséquence, sapant potentiellement la confiance des bailleurs de fonds et la durabilité de long terme des services de santé. La mise au point de ces systèmes, toutefois, est un des objectifs centraux du Nouveau pacte et, plus largement, de la souveraineté en matière de santé ; ainsi, la solution à ces risques n'est pas de les éviter mais de renforcer les systèmes pendant la transition. Enfin, un risque existe que les bailleurs de fonds se coordonnent mal pendant la transition et que des lacunes émergent dans le financement des services essentiels.

Avantages et risques pour les bailleurs de fonds

Pour les bailleurs de fonds, le Nouveau pacte offre plusieurs avantages particulièrement pertinents compte tenu des mutations de l'environnement de l'aide.

Tout d'abord, il favorise la durabilité et la réduction de la dépendance de long terme à l'aide en donnant priorité aux investissements dans les systèmes et institutions nationaux. En se concentrant sur les fonctions fondamentales, le Nouveau pacte contribue à construire les bases du financement domestique afin d'évincer progressivement l'ADS. Il offre également, de manière importante, une voie plus claire et structurée pour la transition au fur et à mesure de l'augmentation des budgets domestiques, aidant les bailleurs de fonds à éviter d'enraciner par mégarde la dépendance tout en continuant à soutenir les services que les pays ne peuvent pas encore financer véritablement eux-mêmes. Il pourrait également permettre aux bailleurs de fonds de mieux prioriser l'aide pour privilégier les pays où il existe toujours des interventions de haute valeur qui ne peuvent pas être financées par les gouvernements.

Deuxièmement, il pourrait améliorer l'optimisation des ressources et l'impact sanitaire global en alignant le financement des bailleurs de fonds sur les priorités définies au niveau national et les contraintes des systèmes. Refusant une optimisation tenant uniquement compte des rendements imputés aux bailleurs de fonds et de la traçabilité financière, le Nouveau pacte impliquerait une transition vers l'évaluation des résultats d'ensemble sur les systèmes de santé et un recentrage sur l'amélioration de l'efficacité du système global. Par exemple, les données probantes tirées d'une étude de cas en Éthiopie suggèrent que l'adoption d'une approche du Nouveau pacte pourrait générer une augmentation d'environ 15 % du total des années de vie en bonne santé gagnées au niveau du système de santé (Memirie et al. 2024). Cette perspective au niveau du système favorise une allocation plus efficace des ressources quand celles-ci sont rares, et pourrait renforcer l'argumentaire en faveur d'une aide centrée sur l'impact pour les PRFI.

Troisièmement, il permet aux bailleurs de fonds de recentrer leurs ressources dans les domaines d'avantage comparatif. À mesure que les pays assument une plus grande responsabilité dans le financement des services de routine, les bailleurs de fonds pourraient opérer la transition vers des fonctions stratégiques à haute valeur. Cela pourrait inclure, notamment, l'investissement dans l'assistance technique catalytique, le renforcement des systèmes de santé, l'approvisionnement en commun ou les biens communs mondiaux tels que l'orientation des marchés, la prévention des pandémies ou la recherche sur les vaccins. Une étude de cas de Gavi décrit plus avant les changements de politiques que pourrait impliquer le Nouveau pacte pour un bailleur de fonds (Morton et al. 2024). Cette réorientation pourrait permettre aux bailleurs de fonds de maximiser leur contribution

stratégique alignée sur leurs objectifs et leurs valeurs, dans les limites d'enveloppes fiscales plus restreintes.

Quatrièmement, le Nouveau pacte propose un nouveau récit pour l'engagement des bailleurs de fonds qui privilégie l'équité et les responsabilités mutuelles par rapport à la charité. S'il est élaboré de manière efficace, ce récit peut résonner sur l'ensemble du spectre politique, trouvant écho à la fois auprès des groupes fondés sur la solidarité et des publics sceptiques vis-à-vis de l'aide et concernés par l'efficacité, l'optimisation des ressources et la réduction de la dépendance à long terme (Schneider et al. 2021).

Enfin, au fil du temps, ces changements peuvent renforcer la confiance et la légitimité mutuelles entre les gouvernements des bailleurs de fonds et des pays bénéficiaires. En appuyant les priorités dirigées au niveau local, en permettant des gains démontrables à l'échelle du système et en clarifiant les voies vers la transition, les programmes des bailleurs de fonds pourraient être perçus comme plus crédibles, efficaces et alignés sur les objectifs des pays partenaires.

Les bailleurs de fonds sont eux aussi confrontés à un ensemble de risques en cas d'adoption du Nouveau pacte. Les gouvernements des bailleurs de fonds opèrent dans le cadre de cycles électoraux courts, d'environnements fiscaux restreints et de systèmes de redevabilité qui privilégient les résultats visibles et imputables aux bailleurs de fonds. Historiquement, ces incitations ont favorisé les programmes centrés sur une maladie spécifique et ont donné une place prépondérante aux revendications d'impact au détriment des investissements de long terme dans les systèmes. Un risque couramment évoqué est que le passage vers un financement au niveau du système réduit la capacité des bailleurs de fonds à établir des rapports sur des indicateurs simples qui leur sont imputables tels que les « vies sauvées ». Ce risque peut être atténué en estimant et en rendant compte de la portion imputable aux bailleurs de fonds de l'impact sur le système de santé d'un pays, portion qui, étant donné les améliorations apportées à l'efficacité des allocations, sera supérieure dans le cadre d'une approche du Nouveau pacte. Toutefois, à la fois le risque et l'importance politique de celui-ci sont souvent exagérés. Le passage d'une *attribution* de l'impact des bailleurs de fonds à une *contribution* à un récit de progrès mené par les pays constituerait une mesure plus adaptée, et peut-être plus convaincante. En outre, on peut avancer que la compréhension de l'aide par le grand public est davantage ancrée dans un récit moral (Schneider et al. 2021 ; Hudson et al. 2020). Un nouveau récit sur l'aide pourrait avoir davantage d'influence que de modifier les revendications d'impact quantitatif des bailleurs de fonds.

Les contraintes institutionnelles et politiques du côté des bailleurs de fonds entraînent des risques plus contraignants. La mise en œuvre d'un Nouveau pacte nécessite une évolution des processus de budgétisation, d'établissement de rapports et de prise de décisions établis, ainsi qu'une coordination entre de multiples agences et flux de financements. Ces changements peuvent rencontrer des résistances en raison des incitations bureaucratiques ancrées, de la réticence au risque des cadres de redevabilité et des priorités politiques qui entrent en concurrence. Des coûts de transition et des erreurs dans la mise en œuvre tôt dans le processus sont par conséquent possibles, particulièrement dans les situations où les systèmes des bailleurs de fonds restent optimisés pour le financement préaffecté et l'attribution de court terme plutôt que pour des approches mutualisées ou axées sur les systèmes. Pour remédier à ces risques en matière d'économie politique, il faudrait rendre explicites les contraintes des bailleurs de fonds et concevoir, dans le cadre du pacte, des dispositions qui sont compatibles avec les pressions concernant la redevabilité domestique tout en les refaçonant progressivement.

De manière globale, le Nouveau pacte propose des voies vers un financement de la santé plus durable et que les pays s'approprient davantage, mais sa mise en œuvre nécessite de gérer les risques, d'assurer une coordination minutieuse entre les parties prenantes et de procéder à des changements au niveau des incitations et des pratiques ancrées des bailleurs de fonds.

3. Les scénarios de haut niveau pour le Nouveau pacte

La mise en œuvre d'un Nouveau pacte pour le financement de la santé dépend de décisions au niveau macro sur l'avenir de l'architecture de la santé mondiale. Nous présentons ici trois scénarios futurs archétypaux reflétant l'augmentation progressive des niveaux de changement entrepris par les parties prenantes mondiales de la santé, ainsi que les implications différentes pour les pays bénéficiaires.

Même si un Nouveau pacte mondial pourrait, en principe, permettre un mouvement transformateur vers un mécanisme de financement entièrement consolidé, une perspective de court terme plus réaliste consiste en une voie hybride caractérisée par une consolidation limitée, des changements progressifs des politiques des bailleurs de fonds et un maintien de certaines caractéristiques du statu quo. Les parties suivantes du présent document détaillent trois aspects essentiels de la mise en œuvre dans ces contextes : (1) les plateformes de coordination des bailleurs de fonds au niveau des pays, (2) les changements de politiques des bailleurs de fonds et (3) les capacités des pays.

Scénario 1 : Le statu quo

Dans le cadre du premier scénario, des changements relativement minimaux sont apportés par les bailleurs de fonds (y compris les banques multilatérales de développement [BMD] et les initiatives pour la santé mondiale [ISM]) à l'architecture de la santé mondiale ou aux cadres de politiques des bailleurs de fonds qui favoriseraient le Nouveau pacte, à l'instar des méthodes de travail. Certains bailleurs de fonds peuvent exprimer une volonté de s'aligner sur les priorités des pays, mais sans réformes des politiques, de multiples contraintes rendront les choses ardues pour les pays. Au niveau des pays, on pourra voir naître un forum des partenaires du développement ou un ensemble de bailleurs de fonds qui collaborent dans des groupes d'approches sectorielles (AS). Mais sans des réformes plus approfondies des bailleurs de fonds concernant la complexité de la répartition des financements, de leur durée et des modalités de mise en œuvre, l'adoption d'un cadre de Nouveau pacte peut poser des difficultés. Ce scénario a précédemment été examiné plus en détail dans une étude de cas sur l'Éthiopie (Memirie et al. 2024).

L'avantage de ce scénario est qu'il n'oblige pas les pays à attendre que les bailleurs de fonds agissent en premier ; les pays peuvent lancer eux-mêmes la transition en appelant les bailleurs de fonds à collaborer avec eux dans le cadre d'un Nouveau pacte. Dans certains pays, il peut néanmoins être pertinent d'essayer d'évoluer vers une approche du Nouveau pacte, même en l'absence de réformes favorables des bailleurs de fonds (ou avant celles-ci). C'est d'ailleurs dans ce contexte que la mise en œuvre pilote du Nouveau pacte est la plus susceptible d'avoir lieu. Toutefois, ce scénario comporte aussi des risques : la gestion d'une transition financière fondamentale pourrait s'avérer trop complexe et représenter une charge administrative considérable pour toutes les parties prenantes, les détournant des autres objectifs de mise en œuvre. Dans le pire des cas, les manquements administratifs pourraient mener à des lacunes au niveau de la couverture des soins et à l'échec de l'approche du Nouveau pacte.

Le risque émergent pour le Nouveau pacte : la montée de la bilatéralisation et la politisation du financement extérieur de la santé

Étant donné que l'ADS se rapproche de plus en plus d'accords bilatéraux influencés par les priorités domestiques des pays donateurs (particulièrement les États-Unis), le financement est acheminé via des accords de court terme souvent liés à des objectifs de politique étrangère, tels que la sécurité ou la migration, ou encore à des intérêts industriels, plutôt qu'à des besoins de long terme du système de santé, ce qui accélère la fragmentation. Les pays sont confrontés à de multiples accords parallèles,

chacun doté de ses propres conditions et exigences en matière d'établissement de rapports. Les possibilités de financement commun et de planification conjointe se réduisent toujours plus.

Pour les gouvernements, la planification de long terme devient extrêmement difficile. La budgétisation devient réactive, et les services fondamentaux sont de plus en plus exposés aux changements politiques dans les capitales des donateurs. Les ressources externes tendent à suivre ce qui est politiquement visible pour les donateurs plutôt que ce qui est le plus urgent au niveau local, ce qui compromet la détermination des priorités fondée sur des données probantes et le financement à priorité domestique. Cela déstabilise également les efforts des donateurs visant à s'aligner sur les systèmes nationaux : ainsi, il est difficile de faire progresser la cohérence sectorielle, d'intégrer les ressources des donateurs aux processus budgétaires nationaux ou de renforcer les cadres de performance conjoints, des éléments qui sont pourtant tous essentiels pour l'adoption progressive d'un Nouveau pacte. Le Nouveau pacte devient plus difficile à mettre en œuvre, mais aussi plus nécessaire. De plus en plus, les pays peuvent l'utiliser comme outil de coordination défensif pour protéger les services fondamentaux et réaffirmer le leadership national.

Scénario 2 : Des changements des politiques des bailleurs de fonds sans réforme architecturale

Le second scénario envisage un avenir sans changements fondamentaux apportés à l'architecture de la santé mondiale en matière de flux de financement, mais où les bailleurs de fonds (y compris les BMD et les ISM) prennent des mesures d'ampleur pour adapter leurs cadres de politiques respectifs, conformément à l'Agenda de Lusaka. En d'autres termes, au niveau des pays, le nombre de partenaires de développement bailleurs de fonds n'évolue pas sensiblement, mais ceux-ci sont mieux à même de s'adapter pour s'harmoniser (via une AS ou une plateforme de coordination similaire) et s'aligner derrière une détermination des priorités menée au niveau des pays et un financement à priorité domestique. Par exemple, Gavi pourrait adopter une politique de cofinancement plus flexible ou un mécanisme de « financement par enveloppe de Nouveau pacte » (Morton et al. 2024 ; Madan Keller, Bonnifield, et al. 2025b), et les bailleurs de fonds pourraient créer des mécanismes de financement bilatéral moins rigides (voir la Cinquième partie). D'autres réformes importantes des politiques pourraient inclure l'alignement des cycles de financement et la transition vers un soutien intégré au budget national, comme cela a été le cas pour le financement commun en Éthiopie que le CGD a précédemment étudié de manière plus détaillée (Memirie et al. 2024). Dans ce scénario, le financement demeure fragmenté, mais les bailleurs de fonds sont mieux à même de répondre aux appels des pays à assurer l'alignement, au moins en partie, sur un modèle de Nouveau pacte.

Les avantages de ce scénario d'une réforme effective des politiques de bailleurs de fonds sont l'amélioration de l'harmonisation du Nouveau pacte au niveau des pays et la réduction de la charge administrative imposée aux pays qui doivent gérer un large éventail de contraintes fixes émises par les bailleurs de fonds. En outre, la diversité des flux de financement présente un certain avantage : si l'un vient à faire défaut, les autres subsistent (et avec le financement à priorité domestique, les services les plus essentiels ne sont pas menacés). Toutefois, un travail considérable est encore nécessaire, à la fois de la part des pays et des bailleurs de fonds, pour gérer cette complexité au niveau des pays.

Scénario 3 : La consolidation du financement dans un canal multilatéral unique

Ce troisième scénario imagine que la grande majorité du soutien sous forme de financement multilatéral et bilatéral au niveau des pays est remplacé par un mécanisme multilatéral unique qui

fournit un financement extérieur pour les services de santé. Ce mécanisme ciblerait probablement les PRFI stables. Les États fragiles et touchés par des conflits auront probablement besoin d'un soutien plus personnalisé, tandis que les pays à revenu intermédiaire supérieur seront peu susceptibles d'offrir une valeur ajoutée en termes d'impact marginal. Les bailleurs de fonds bilatéraux et philanthropiques pourraient toujours apporter un soutien financier aux dépenses d'équipement ou aux investissements transversaux ainsi qu'à d'autres fonctions sanitaires mondiales telles que la fourniture de biens communs pour la santé. Toutefois, à quelques exceptions près, les bailleurs de fonds accepteraient une plateforme multilatérale mutualisée unique pour financer le soutien aux services de santé et réduire la fourniture du financement bilatéral afin d'atténuer la fragmentation et la complexité.

Deux grandes options existent pour créer un canal de financement consolidé.

1. **Un mécanisme de financement des services de santé au sein des BMD (ou en association étroite avec celles-ci) :** en raison de l'utilisation par les BMD du financement intégré au budget national, de leur approche agnostique non spécifique à une maladie, de leur capacité à mêler prêts et subventions et la fiabilité de leurs processus de diligence raisonnable, elles sont bien placées pour adopter une approche du Nouveau pacte et pour aligner le financement extérieur sur les priorités déterminées au niveau des pays. La Banque mondiale, de loin le contributeur BMD le plus important au secteur de la santé, maîtrise un large éventail de mécanismes pour le financement de la santé, y compris le Fonds de lutte contre les pandémies, le Mécanisme de financement mondial (MFM) et l'Association internationale de développement (IDA, d'après son acronyme anglais). L'approche du MFM vis-à-vis du soutien aux pays est déjà partiellement alignée sur les principes du Nouveau pacte, et la série récente des 15 Pactes nationaux pour la santé mis en place par la Banque constitue un point de départ précieux, à condition que celle-ci permette aux Pactes de devenir de véritables accords entre les bailleurs de fonds et les gouvernements et que le MFM parvienne à surmonter les difficultés de mise en œuvre (Musuva et al. 2025 ; Demeshko and Baker 2025).
2. **Une ISM dédiée :** un autre modèle de mécanisme de financement des services de santé consolidé serait une initiative multilatérale dédiée. Dans le climat politique actuel, la volonté de créer une nouvelle ISM à partir de zéro serait probablement très limitée ; il est donc plus probable qu'une telle initiative résulte de la consolidation en profondeur des initiatives existantes (voir (Pate et al. 2026) pour un exemple). Les deux options les plus probables seraient le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et/ou Gavi. Gavi a récemment publié une déclaration sur son approche vis-à-vis de la réforme de l'architecture de la santé mondiale, qui comprend un engagement à « étudier des options radicales concernant Gavi et le Fonds mondial » (Future of Global Health Initiatives 2023 ; Witter et al. 2025 ; Gavi 2025a). Un « Fonds mondial pour les services de santé » (ou un mécanisme similaire) alignerait le financement sur un processus d'élaboration du budget mené par les pays et à l'échelle du secteur pour élargir un ensemble fondamental de services de santé par l'intermédiaire des systèmes publics plutôt que de programmes parallèles. La gouvernance, la planification et la gestion des fonds au niveau des pays ne relèveraient plus d'approches parallèles comme actuellement, mais des ministères gouvernementaux qui administrent les budgets domestiques.

Toutes choses égales par ailleurs, la consolidation des flux de financement représenterait une amélioration de taille pour les pays bénéficiaires, réduisant la charge administrative et créant un espace permettant aux institutions nationales de fonctionner de manière efficace. En outre, le financement commun réduit et répartit le risque de volatilité dans les contributions des bailleurs de fonds d'aval. Le principal désavantage des fonds consolidés est le travail requis de la part des bailleurs de fonds et des autres parties prenantes de la santé mondiale non seulement pour créer une telle

fonction mais aussi pour réformer ou démanteler les structures actuellement existantes qu'elle remplacerait. Par ailleurs, en comparaison avec les scénarios 1 et 2, il existe un risque de monoculture lié à l'utilisation de seulement, ou principalement, un canal pour fournir le financement. En outre, si, pour une quelconque raison, le partenariat prend fin, les implications sont plus catastrophiques qu'en cas de retrait d'un seul bailleur de fonds bilatéral ou d'une seule ISM.

Il existe des avantages potentiels à l'option des BMD. Leur statut de banque leur permet de mobiliser les subventions initiales fournies par les bailleurs de fonds en amont pour générer de plus grands volumes de financement sous forme de prêts concessionnels, bien que le caractère approprié du recours au financement de la dette pour des obligations de prestation de services récurrents, par opposition aux investissements en capital, soit sujet à débat. Cela dit, l'option des BMD comporte aussi des désavantages, en particulier la redevabilité limitée des structures de gouvernance (Musuva et al. 2025).

La consolidation des ISM et l'adoption d'une approche du Nouveau pacte ont le potentiel de résoudre la plupart des défis associés aux ISM (Witter et al. 2025). Cette approche serait particulièrement solide si elle était mise en œuvre en partenariat avec des BMD, ce qui permettrait ainsi de tirer parti de leur financement intégré au budget national. Toutefois, compte tenu de l'ampleur du travail nécessaire pour mener à bien de telles réformes, il faudrait des raisons solides pour expliquer pourquoi la fonction de financement multilatéral pour les services de santé serait mieux assurée en tant qu'institution indépendante plutôt qu'en tant que mécanisme au sein des BMD. Il pourrait être plus pratique de recentrer et de renforcer les ISM sur d'autres secteurs d'avantage comparatif tels que l'orientation des marchés ou l'approvisionnement en commun. Les pays pourraient alors utiliser de manière délibérée leurs propres ressources, augmentées par les fonds multilatéraux, pour passer des achats via les ISM afin d'accéder à de meilleurs prix et à une meilleure qualité (CGD 2025).

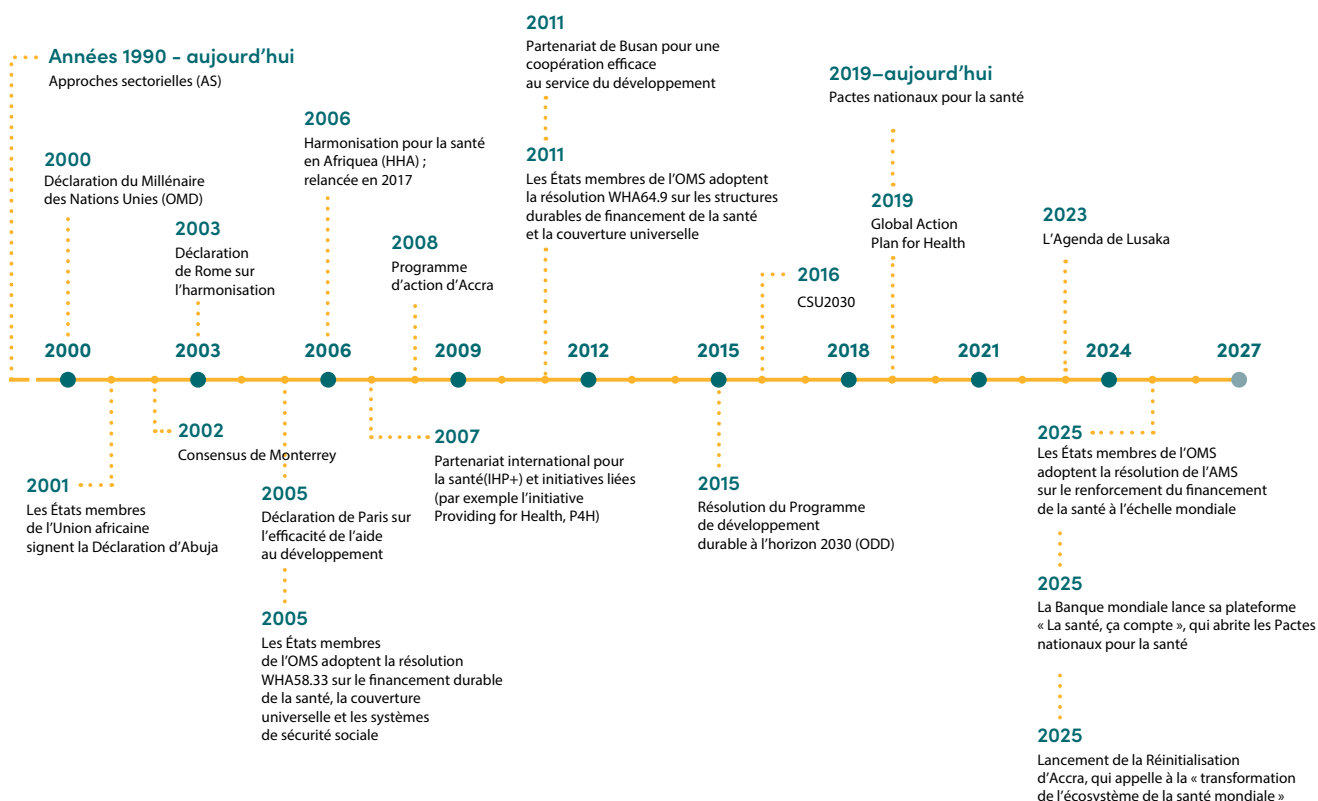
4. Le paysage des initiatives de coordination du financement de la santé

Les efforts visant à harmoniser le financement de la santé à l'échelle mondiale évoluent depuis plusieurs décennies, influencés par les défis persistants représentés par la fragmentation de l'aide, la volatilité et le caractère limité de l'appropriation par les pays. Les principaux jalons dans le mouvement vers les approches coordonnées et menées par les pays en matière de financement de la santé ont cherché à remédier à ces défis récurrents.

Figure 3 présente une chronologie de l'histoire récente. Elle commence par l'introduction des AS au début des années 1990 (WHO 2006), suivie de l'établissement des principes mondiaux de l'alignement, de la coordination et de la redevabilité en matière d'aide dans le cadre d'accords tels que le Consensus de Monterrey (United Nations 2002) ; la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (United Nations Development Group 2003a, 2003b) ; la Déclaration de Paris (OECD 2005) ; le Programme d'action d'Accra (OECD 2008) ; le partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement (EU Capacity4dev 2011) ; et, pour les membres de l'Union africaine, la Déclaration d'Abuja (African Union 2001). Ces principes ont été rendus opérationnels via des pactes et des mécanismes de redevabilité mutuelle, notamment le Partenariat international pour la santé et les initiatives liées (IHP+, d'après l'acronyme anglais) ('The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+)' 2009), qui comprend le Réseau Providing for Health (P4H) (P4H Network 2023 ; UHC2030 2025b). Le périmètre de l'IHP+ s'est ensuite élargi dans le cadre de la CSU2030 (UHC2030 2025b), par l'intermédiaire de laquelle des pactes nationaux pour la santé (UHC2030 2025a) ont été mis au point et promus. En parallèle, des engagements mondiaux de premier ordre tels que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (WHO 2018), auxquels ont succédé les objectifs de développement durable (ODD) (United Nations 2015), ont façonné le paysage de la diplomatie dans le

domaine de la santé visant à améliorer les résultats de santé. Plus récemment, le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, ou Plan d'action mondial pour la réalisation de l'ODD 3 (WHO 2025f) (PAM ODD3), et l'Agenda de Lusaka (Future of Global Health Initiatives 2023) ont poursuivi les efforts pour aligner les parties prenantes et progresser dans la réalisation des ODD ou de la CSU. En 2025, la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) sur le renforcement du financement de la santé à l'échelle mondiale a été adoptée par les États membres (WHO 2025e). La Banque mondiale, quant à elle, a lancé sa plateforme baptisée La santé, ça compte (World Bank 2025b) et a accompagné 15 pays dans le lancement de leurs pactes nationaux pour la santé respectifs (Demeshko and Baker 2025).

FIGURE 3. Chronologie des initiatives de coordination du financement de la santé à l'échelle mondiale, des années 1990 à 2025



Facteurs de réussite et faiblesses communes des initiatives passées

Divers facteurs communs de réussite ainsi que des défis récurrents ont été identifiés dans l'ensemble des initiatives de coordination entre bailleurs de fonds (celles-ci sont davantage détaillées dans les documents A1 et A2 de l'Annexe 1). En résumé, les initiatives de coordination entre bailleurs de fonds ont, dans une certaine mesure, contribué aux progrès concernant l'alignement sur les stratégies nationales, le renforcement du dialogue entre les parties prenantes et l'élaboration d'outils et de cadres partagés. Les facteurs de réussite comprenaient généralement des mesures favorables au leadership de pays, des processus de planification inclusifs et des mécanismes visant à promouvoir la redevabilité mutuelle. Toutefois, ces gains ont souvent été tempérés par des limites importantes, parmi lesquelles : l'hétérogénéité de la participation des donateurs et des gouvernements aux efforts de coordination ; la domination continue des donateurs ou leur manque de conformité malgré les accords ; le manque de

clarté ou de précision des objectifs ; l'inégalité ou l'incohérence de l'inclusion des partenaires de pays ; la faiblesse des systèmes de suivi, d'établissement de rapports et de redevabilité et la non satisfaction des attentes en matière de financement.

En réalité, ces initiatives n'ont pas échoué en raison d'un manque d'ambition, mais en raison de la manière dont elles ont été conçues. La plupart reposaient sur l'alignement volontaire, sans engagements financiers contraignants, ce qui a rapidement compromis leur crédibilité. Les ministères des Finances n'étaient souvent impliqués qu'à la marge, et, par conséquent, ces processus échouaient parfois à peser sur les décisions budgétaires. Dans le même temps, les cadres de redevabilité étaient faibles et caractérisés par des objectifs larges, un manque d'incitations appropriées et un suivi limité. Enfin, peu d'initiatives ont présenté des voies claires pour opérer la transition depuis le financement extérieur, laissant les pays et les bailleurs de fonds dans un état d'incertitude prolongée.

Les évaluations d'initiatives telles que IHP+ (Shorten and Conway 2015 ; Ofosu et al. 2016), les approches sectorielles (Foster et al. 1999 ; Vaillancourt 2009), les pactes nationaux (Taylor and Dolea 2012) et le PAM ODD3 (WHO 2025c) font état de résultats mitigés. Par exemple, le PAM ODD3 a suscité une adhésion rapide des partenaires mais a connu des difficultés concernant l'hétérogénéité de l'appropriation par les pays et la mauvaise contextualisation due au caractère limité des incitations pour pousser les ISM à s'engager ainsi qu'au manque d'autorité et de ressources du mécanisme de coordination (WHO 2025c ; Susa Sparkes et al. 2025). Même si certaines ont été évaluées, il n'est pas clair à quel point chaque initiative a contribué à l'évolution globale des efforts d'harmonisation, en raison de limites dans les mesures de l'attribution ou d'un manque d'évaluation systémique. La raison pour laquelle de multiples nouveaux pactes continuent d'émerger, tels que l'IHP+ et le Pacte mondial CSU2030 (UK Government 2007), le Pacte pour le savoir au service de l'action de la Banque mondiale (World Bank 2024d) et son leadership sur les Pactes nationaux pour la santé via sa plateforme La Santé, ça compte (World Bank 2025b), ou encore le nouveau Pacte financier mondial dans le cadre de la Plateforme d'investissement pour l'impact en santé (WHO 2025b) est également incertaine, surtout compte tenu des préoccupations concernant le caractère limité des progrès et la faiblesse de la transparence des résultats de l'établissement de rapports (Labonte and Marriott 2010 ; WHO 2025c ; Witter et al. 2025). Si une évaluation complète de l'efficacité de toutes les initiatives similaires à celles des pactes dépasse la portée du présent document, un examen plus approfondi des efforts de coordination, des pactes signés et de leur impact pourrait constituer un domaine de futures recherches prometteur.

Plus globalement, la trajectoire des initiatives de coordination entre bailleurs de fonds pour le financement de la santé a été façonnée par les dynamiques politiques et institutionnelles plus larges. On peut ainsi citer l'évolution des priorités du développement mondial, notamment l'émergence des ODD à partir des OMD, la modification des modalités de l'aide et l'influence des accords historiques tels que la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (OECD 2005). Une tension fluctuante entre l'accent mis sur des programmes verticaux, souvent compartimentés, par opposition à des approches horizontales qui renforcent les systèmes, a entravé les efforts de coordination et nui au maintien de la dynamique. Envisagées de manière conjointe avec les forces et les faiblesses des initiatives antérieures, ces leçons suggèrent l'importance à la fois de la conception technique et de l'attention portée à l'évolution du contexte politique et institutionnel pour déterminer l'efficacité et la durabilité des mécanismes de coordination. Dans l'ensemble, des données probantes attestent d'efforts partiels des bailleurs de fonds pour s'aligner sur les priorités nationales et renforcer l'appropriation par les pays des mécanismes de coordination dans le domaine de la santé (WHO 2025c). Il est essentiel de tirer des leçons de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. Compte tenu du climat actuel de réductions généralisées du financement en 2025, il est d'autant plus important d'optimiser une allocation des financements qui doit être coordonnée et efficace.

Qu'apporte le Nouveau pacte aux initiatives de coordination existantes ?

Le Nouveau pacte complète les initiatives antérieures, proposant une approche qui peut être intégrée aux efforts de coordination existants pour renforcer leur efficacité à la fois au niveau national et mondial. Il n'a pas vocation à être une alternative ou un substitut aux AS ou aux Pactes nationaux pour la santé.

En tant que vision stratégique, le Nouveau pacte mondial complète les appels multilatéraux récents en faveur du changement, particulièrement l'Agenda de Lusaka, la Réinitialisation d'Accra et la résolution de l'AMS de 2025 sur le financement de la santé (Future of Global Health Initiatives 2023 ; Pate et al. 2026 ; Gavi 2025e). L'Agenda de Lusaka demande aux initiatives pour la santé mondiale de procéder à cinq changements majeurs, dont une plus grande attention portée aux systèmes de santé et un renforcement de l'accent sur les dépenses nationales, mais il ne propose pas de recommandations précises concernant une éventuelle réforme. En complément, la résolution de l'AMS contient des recommandations pertinentes pour les réformes. Par exemple, les États membres sont exhortés à « concentrer les ressources nationales sur un ensemble abordable de prestations de santé essentielles, fondées sur des bases factuelles et mises au point dans le cadre de processus inclusifs et transparents » et à « concevoir et (...) rationaliser les processus permettant une transition sans heurts et durable de l'aide extérieure en faveur de la santé à un financement national de la santé suffisamment solide, notamment par l'intégration progressive des flux de financement verticaux dans les systèmes nationaux de gestion des finances publiques et d'achats, au moyen d'instruments tels que les approches sectorielles et les pactes pour la santé » (WHO 2025e).

En tant que cadre technique, le Nouveau pacte national peut être adopté par les initiatives de coordination au niveau des pays telles que les AS, à titre de principes directeurs pour l'alignement derrière un ensemble explicite de prestations de santé, dirigé par les institutions nationales, et l'adoption d'un principe de « priorité domestique » théorique dans l'élaboration du budget. Il est important de noter qu'il ne constitue pas une alternative à une AS et à ses principes, mais qu'il se rapporte plutôt à « Un plan, un budget, un rapport ». Les transitions vers l'adoption d'un Nouveau pacte en tant que cadre technique au niveau des pays dépendront d'une gamme d'autres facteurs, qui sont étudiés de manière plus détaillée à la Sixième partie.

5. Les cadres de politiques et les stratégies des bailleurs de fonds pour le financement des services de santé

Pour évaluer le potentiel de mise en œuvre le Nouveau pacte par les bailleurs de fonds, nous nous sommes penchés sur les cadres de politiques et les stratégies qui guident les décisions de financement dans le domaine de la santé pour les principaux acteurs bilatéraux et multilatéraux. (Des informations plus détaillées sur cet examen peuvent être consultées au A3 figurant à l'Annexe 2.)

Le financement multilatéral

Gavi et le Fonds mondial sont des programmes verticaux qui sont parvenus à cibler des interventions très rentables avec les ressources des bailleurs de fonds, contredisant l'approche du Nouveau pacte. Toutefois, les deux organisations sont dotées de politiques de cofinancement et de renforcement des

systèmes de santé qui ont le potentiel d'opérer la transition vers le Nouveau pacte, et ce de quatre manières :

Tout d'abord, leurs politiques encouragent de manière explicite le partage de la charge avec les gouvernements via des dispositions de cofinancement (par exemple, le Fonds mondial possède une incitation au cofinancement à hauteur de 15 %). Toutefois, l'efficacité de ces politiques est sujette à débat, et selon les projections, seul 1 % du portefeuille par décaissements du Fonds mondial fera la transition vers le financement domestique à l'horizon 2040 (Pincombe et al. 2023 ; Gheorghe and Baker 2023). Deuxièmement, les deux organisations sont dotées de politiques de renforcement des systèmes de santé et fournissent aux gouvernements des ressources leur permettant de construire leurs propres systèmes de santé au-delà de leurs attributions centrales (The Global Fund 2024b ; Gavi 2022c). Troisièmement, les deux organisations s'emploient à soutenir la détermination de priorités nationales au cours de leur processus de demandes de subventions, bien que trop souvent, cela soit par l'intermédiaire de mécanismes tels que les forums de coordination nationaux de Gavi, qui peuvent être déconnectés des processus plus larges de détermination des priorités nationales comme les comités sur les ensembles de prestations de santé. Enfin, les récents changements de politiques ouvrent de nouvelles possibilités. Gavi et le Fonds mondial se sont engagés à piloter des réformes dans des pays pionniers au titre de l'Agenda de Lusaka, et le fait de piloter une approche du Nouveau pacte pourrait constituer une option prometteuse. La transition prévue par Gavi en vertu de sa stratégie 6.0 et du « Gavi Leap » vers le financement à une seule enveloppe pour le soutien en espèces a le potentiel de renforcer considérablement à la fois le contrôle des pays sur les ressources des bailleurs de fonds et l'intégration des budgets nationaux et des bailleurs de fonds (Gavi 2024, 2026). Cela pourrait être adapté pour constituer un modèle de « financement par enveloppe du Nouveau pacte » s'il incluait les budgets des vaccins et rendait prioritaire le passage vers le financement domestique pour les vaccins ultra-prioritaires (Madan Keller, Bonnifield, et al. 2025b). Si les deux institutions font de plus en plus référence au renforcement des systèmes de santé, leurs modèles de gouvernance et leurs structures d'incitation demeurent largement influencés par des mandats verticaux et liés à des maladies en particulier. Cela crée une tension structurelle, car même lorsqu'une certaine dose de flexibilité est introduite, les décisions de financement et les indicateurs de performance continuent à donner priorité aux résultats en termes de maladies spécifiques, au détriment de l'impact au niveau du système. La reconnaissance de ce manque d'alignement est essentielle si ces institutions veulent jouer un rôle significatif dans une approche du Nouveau pacte.

Les mécanismes de financement de la Banque mondiale sont intrinsèquement plus compatibles avec le Nouveau pacte, étant donné qu'ils fournissent aux priorités nationales un soutien intégré au budget national large. De manière plus précise, les documents liés au travail de financement de la santé de la Banque mondiale mettent en avant des intentions stratégiques qui sont alignées sur les principes du Nouveau pacte. La stratégie de financement de la santé du MFM, par exemple, donne priorité aux soins de santé primaires, à la CSU et à la MRI, en mettant fortement l'accent sur l'efficacité, l'équité et la résilience. Elle inclut également des indicateurs mesurables liés à la priorisation des ressources, à la maturité de l'alignement et aux réformes de financement. L'agenda Un plan, un budget, un rapport a également été promu par le MFM, mettant en avant une intention de remédier aux problèmes de manque d'alignement des bailleurs de fonds sur des principes conformes au Nouveau pacte (Global Financing Facility 2024). Ces efforts, y compris les Pactes nationaux pour la santé les plus récents dans le cadre de la plateforme de coalition des leaders La santé, ça compte, reflètent une transition stratégique vers un financement intégré et durable pour les pays bénéficiaires d'une aide (World Bank 2025b). Toutefois, comme c'est le cas pour Gavi et le Fonds mondial, si l'on constate un certain alignement stratégique vers un renforcement intégré des systèmes, les comptes-rendus pratiques

suggèrent que les documents de politique peuvent ne pas systématiquement se traduire en action (Salisbury et al. 2019).

Les politiques des bailleurs de fonds bilatéraux

Les documents de stratégie des bailleurs de fonds bilatéraux en amont indiquent un alignement potentiel sur les principes du Nouveau pacte. Par exemple, le cadre sur la santé mondiale du Royaume-Uni (UK Government 2023) présente des objectifs pour réformer l'architecture de la santé mondiale et renforcer les systèmes de santé nationaux, appelant explicitement à une moindre dépendance aux programmes verticaux en faveur d'approches plus intégrées et collaboratives. De la même manière, la stratégie de santé mondiale de l'Allemagne (Federal Government of Germany 2020) reflète l'alignement, mettant l'accent sur le soutien à la CSU, à la MRI et au renforcement des systèmes de santé. Elle met en exergue l'appui, spécifique à chaque contexte, à la mise au point de stratégies nationales, à la création de systèmes de finances publiques équitables et transparents et à l'utilisation du PAM ODD3. La Stratégie de santé mondiale « America First » fait un pas vers l'alignement en s'engageant dans des accords bilatéraux pluriannuels qui nécessitent un co-investissement domestique et une appropriation par les pays. Mais la stratégie rétrécit le soutien à un ensemble limité de maladies infectieuses et d'objectifs de sécurité sanitaire et fixe des calendriers trop ambitieux pour la transition vers l'autonomie, soulevant des questions sur la portée, la prévisibilité et la coordination avec les autres bailleurs de fonds (US Department of State 2025). Ces stratégies suggèrent par conséquent un potentiel d'obtenir un appui bilatéral à la mise en œuvre d'une approche du Nouveau pacte. Il convient de remarquer que, sans calibration minutieuse, ce qui est défini comme une « intégration » pour les bailleurs de fonds risque de devenir un transfert de la responsabilité financière vers les gouvernements bénéficiaires d'une aide sans espace fiscal adapté. Dans de tels cas, l'intégration peut se muer en un transfert des coûts plutôt qu'en un véritable renforcement des systèmes de santé.

Les changements de politiques potentiels des bailleurs de fonds pour faciliter la mise en œuvre du Nouveau pacte

Donner priorité à l'allocation de ressources aux priorités nationales qui ne sont pas couvertes par le financement domestique et aux biens communs

Au plus haut niveau stratégique, les bailleurs de fonds doivent s'éloigner d'une détermination des priorités effectuée par eux-mêmes et axée sur des maladies ou des interventions pour chercher à atteindre deux objectifs : produire des biens communs dont tous peuvent bénéficier et nouer des partenariats de long terme avec les pays pour renforcer les systèmes de santé. Plutôt que de préaffecter des fonds à des troubles ou des technologies spécifiques, les bailleurs de fonds pourraient alors se concentrer sur des biens communs insuffisamment disponibles tels que la surveillance des maladies, les données de santé accessibles publiquement ou les nouvelles technologies de santé. Dans le même temps, ils pourraient nouer avec des pays sélectionnés des partenariats stratégiques dans le cadre du Nouveau pacte, s'alignant sur les priorités des services de santé dirigées au niveau national tout en mettant au point un agenda cohésif pour le renforcement des systèmes. Cette approche réduirait la fragmentation, éviterait de fragiliser les systèmes de santé domestiques et garantirait que les ressources limitées ciblent à la fois les besoins collectifs mondiaux et les pays où elles peuvent avoir le plus grand impact. Drake et ses collègues décrivent de manière plus détaillée ce changement de politique dans des travaux antérieurs (Drake et al. 2025).

Adopter le cofinancement et le financement par enveloppe en tant que passerelle stratégique

Les mécanismes de cofinancement de Gavi et du Fonds mondial constituent un point d'entrée précieux pour le Nouveau pacte. La politique de cofinancement graduel de Gavi et les exigences croissantes de contribution domestique du Fonds mondial suggèrent une dynamique en faveur du partage de la responsabilité financière et de l'appui à la MRI. Les approches de cofinancement peuvent probablement être rapidement adaptées aux principes du Nouveau pacte, en ajustant les niveaux de copaiement en fonction des différentes interventions. Cette convergence offre des possibilités d'harmoniser les approches de cofinancement et d'éviter des exigences contradictoires pour les pays bénéficiaires. Elle peut également constituer une façon pour les bailleurs de fonds qui, à court terme, se sont engagés à subventionner des produits de base d'adopter une approche partielle du Nouveau pacte en éloignant le cofinancement des produits de base déjà inclus dans l'ensemble domestique pour commencer à subventionner des interventions qui seraient autrement inabordables. Cette démarche peut être mise en œuvre de façon explicite, via une structure de copaiement de plus en plus étroite, ou de façon théorique, par un processus d'élaboration conjointe du budget et un soutien au financement par enveloppe.

Une étape supplémentaire au-delà du cofinancement serait un financement par enveloppe qui permet de regrouper plusieurs flux pour former un seul ensemble thématique, donnant au bénéficiaire la liberté de choisir comment affecter les fonds (dans le respect de certaines contraintes). Madan Keller et ses collègues présentent une proposition de financement par enveloppe dans le cadre d'un Nouveau pacte pour la période stratégique 6.0 de Gavi (Madan Keller, Bonnifield, et al. 2025a).

Toutefois, le risque de fragmentation demeure élevé, chaque bailleur de fonds conservant des calendriers et des critères de cofinancement qui lui sont propres. L'accent mis sur des maladies spécifiques du Fonds mondial et le périmètre restreint aux vaccins de Gavi illustrent comment le cofinancement peut par inadvertance perpétuer les silos sectoriels plutôt que de promouvoir le financement du système de santé intégré.

Intégrer le soutien au budget national

Faire passer davantage d'aide au développement pour la santé vers un soutien intégré au budget national (où les fonds des bailleurs de fonds sont acheminés via les budgets nationaux) peut permettre d'atténuer la fragmentation entraînée par les canaux de financement parallèles et de renforcer les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) et de détermination de priorités des pays (Fardoust et al. 2023). Le soutien intégré au budget national est compatible avec une approche du Nouveau pacte si les fonds des bailleurs de fonds sont alloués via un processus d'élaboration du budget mené par les pays et éclairé par des données probantes qui adopte un principe théorique de financement à priorité domestique, opérant une distinction claire entre ce qui peut être payé grâce aux finances domestiques et les interventions supplémentaires que les finances extérieures peuvent permettre.

Selon le contexte, une transition immédiate et intégrale vers le soutien intégré au budget national peut entraîner des risques fiduciaires. Ces risques peuvent néanmoins être atténués par une mise en œuvre progressive ainsi qu'un suivi et des cadres de redevabilité solides, mais aussi par des investissements ciblant le renforcement de la capacité de GFP (Fletcher et al. 2008). En outre, ces risques doivent être pondérés par rapport aux risques du soutien extérieur au budget. Ces derniers pourraient par exemple inclure des doublons inefficaces dans les processus, une réduction des ressources visant à renforcer la capacité de GFP, un manque de surveillance gouvernementale ou une dépendance envers les systèmes des bailleurs de fonds. Les données probantes montrent qu'un soutien budgétaire bien conçu peut

égaler ou surpasser l'aide de projet traditionnelle pour faire progresser la gouvernance, la réforme des politiques et la prestation de services, particulièrement lorsqu'il est personnalisé pour les contextes institutionnels locaux (Fardoust et al. 2023 ; Fletcher et al. 2008, 5). L'association d'approches intégrées au budget national, d'un dialogue sur les politiques et d'une utilisation sélective des modalités d'aide complémentaires au cours des périodes de transition peut permettre d'obtenir des résultats de court terme, mais aussi de construire la résilience institutionnelle et l'appropriation domestique de long terme.

Considérations en matière de politiques complémentaires

Outre les changements de politiques pour faciliter la mise en œuvre des principaux piliers du Nouveau pacte, il existe un éventail de considérations en matière de politiques adjacentes qui pourraient compléter la transition vers un Nouveau pacte.

Le renforcement des systèmes de santé

Pour assurer la réussite du Nouveau pacte, un système de santé fonctionnel est nécessaire. Cependant, on peut se retrouver face à un cercle vicieux. On comprend de plus en plus que trop souvent, l'aide fragmentée empêche les fonctions des systèmes de santé de se renforcer, soit parce qu'elle contourne les systèmes publics, soit parce qu'elle constitue une lourde distraction. Quelle que soit la situation du système de santé du pays bénéficiaire au moment de la transition vers un modèle de Nouveau pacte, les possibilités d'amélioration subsistent, rendant essentiel pour les pays et les bailleurs de fonds de disposer d'un plan de renforcement du système de santé cohésif. Malheureusement, le financement et la fourniture d'une assistance technique pour le renforcement des systèmes de santé sont tout aussi complexes et fragmentés que le financement des services de santé eux-mêmes. Les ISM, l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale, les CDC Afrique et d'autres fournissent ou financent tous une assistance technique pour le renforcement des systèmes de santé ; un travail plus approfondi est nécessaire pour mettre au point des modèles améliorés qui permettraient de fournir ce soutien aux pays (Hallett et al. 2025). Il convient de souligner que la simplification du financement des services de santé et l'utilisation des systèmes nationaux sont essentielles, que ce soit dans le cadre de l'approche du Nouveau pacte ou d'initiatives de réformes plus larges.

L'orientation des marchés

Certaines parties prenantes craignent que le modèle du Nouveau pacte ne compromette la capacité des ISM à orienter les marchés. Toutefois, les services et technologies les plus rentables (c'est-à-dire les ensembles fondamentaux que les pays financeraient) sont souvent des génériques reconnus, où l'orientation des marchés est généralement moins importante. À cet égard, le fait de réserver l'aide extérieure à un rôle complémentaire, en la concentrant sur les technologies ou services les plus rentables après l'ensemble fondamental, s'accorde davantage avec une logique de structuration des marchés. Le rôle des bailleurs de fonds est d'intégrer les technologies et les services qui seraient autrement inabordables pour les pays, ce qui pourrait inclure des technologies existantes ou des innovations (Chalkidou, Towse, et al. 2020 ; Chalkidou, Claxton, et al. 2020). Par exemple, mieux comprendre le coût d'opportunité marginal pour les dépenses de santé publique dans les pays à revenu faible pourrait aider les ISM à concevoir un mécanisme de garantie de marché (MGM). Il s'agit d'un accord contraignant portant sur l'achat ou la subvention d'un certain volume d'une technologie qui n'existe pas encore ou qui n'est pas encore largement disponible, à la condition que celle-ci respecte certaines normes, par exemple relatives à la sécurité, à l'efficacité ou à la rentabilité (CGD 2025).

La mise sur le marché d'une nouvelle technologie via la structuration des marchés peut être considérée comme un bien commun : elle peut ainsi s'appuyer sur des flux de financement issus de bailleurs de fonds distincts et utiliser une architecture de la santé mondiale différente. Cela a par exemple été le cas pour Gavi, qui s'est centré sur l'orientation des marchés pour les nouveaux vaccins et a utilisé un MGM pour faire émerger de nouvelles technologies vaccinales (Gavi 2020). Le MGM utiliserait alors le financement des bailleurs de fonds pour acheter ou subventionner la nouvelle technologie au départ, le financement domestique et/ou l'aide extérieure au niveau des pays pour le financement de la santé prenant le relais à moyen terme. Si les nouvelles technologies représentent une bonne optimisation des ressources, elles pourraient être priorisées par les bailleurs de fonds d'une manière similaire.

L'approvisionnement en commun

Un autre avantage offert par les ISM est celui de l'approvisionnement en commun. La raison d'être de ce mécanisme est que les pays à revenu faible n'ont ni le pouvoir d'achat ni l'expertise en matière d'approvisionnement pour obtenir de bonnes affaires auprès des fabricants. Toutefois, la fonction d'approvisionnement ne doit pas relever exclusivement du financement des bailleurs de fonds, et pourrait être ouverte au financement domestique.

L'économie politique des bailleurs de fonds

Une contrainte centrale de la réforme du financement de la santé est que les bailleurs de fonds restent des acteurs disposant d'un pouvoir de blocage important devant composer avec des cycles électoraux courts, des exigences de redevabilité vis-à-vis de leurs opinions publiques et des incitations institutionnelles qui entrent souvent en contradiction avec les objectifs de long terme liés à l'appropriation par les pays, à la consolidation de l'aide et à la mobilisation des ressources intérieures pour les pays bénéficiaires d'une aide. Si l'on ne tient pas compte des contraintes politiques du côté des bailleurs de fonds, les réformes qui adoptent une approche du Nouveau pacte risquent de devenir de simples revêtements ambitieux apposés sur des politiques dont on a simplement changé l'image.

Pour éviter cela, il est nécessaire de procéder à des changements concernant non seulement ce que financent les bailleurs de fonds, mais également la manière dont les décisions de financement sont régies. Comme décrit dans Drake and Khan, 2024 (Drake and Khan 2024), les bailleurs de fonds doivent s'employer à conclure avec les pays des accords de moyen terme et explicites qui clarifient les volumes attendus, les instruments et l'utilisation des processus de détermination des priorités dirigés au niveau national, intégrant des conditions transparentes de renégociation ou de retrait. Cet aspect était absent des Pactes nationaux pour la santé de la Banque mondiale, où les attentes pour les bailleurs de fonds n'étaient pas stipulées dans les accords (Demeshko and Baker 2025). Les grands changements dans les portefeuilles, tels que les nouvelles initiatives verticales ou les baisses soudaines des financements, devraient être accompagnés de justifications tournées vers les pays et liées aux principes convenus d'appropriation, de prévisibilité et de non-remplacement de la finance domestique.

Les réformes doivent également réaligner les incitations et les récits internes des bailleurs de fonds et gérer la volatilité politique à titre de risque prévisible. L'intégration des incitations à l'alignement sur les processus menés par les pays et éclairés par des données probantes dans les systèmes d'information sur les performances et d'établissement de rapports des bailleurs de fonds, en parallèle de la protection des mécanismes d'aide supplémentaire, peut réduire la fragmentation. En parallèle, les voies de transition et les mécanismes collectifs d'absorption des chocs peuvent contribuer à isoler les services essentiels des cycles politiques des bailleurs de fonds, réduisant les coûts politiques et éthiques de la volatilité pour les pays partenaires.

Faire évoluer les récits des bailleurs de fonds

Tandis que les professionnels de santé à l'échelle mondiale s'inquiètent de savoir quelles mesures précises d'impact utiliser pour élaborer un récit qui justifie le financement des bailleurs de fonds, en général, le grand public n'est pas convaincu principalement par les statistiques, mais plutôt par un sens de l'équité et du devoir de protection (Grépin et al. 2018 ; Schneider et al. 2021). Le soutien public au paradigme actuel pour la santé mondiale centré sur les bailleurs de fonds provient d'un sens de l'injustice face à l'échelle de la pauvreté et des inégalités en matière de santé, et du fait que la charge des maladies est subie de manière disproportionnée par de nombreuses populations pauvres (Grepin et al. 2012).

Le Nouveau pacte ajoute une nouvelle dimension d'équité *procédurale* au récit sur la santé mondiale pour le financement extérieur. Cela se compose de deux parties : i) une plus grande souveraineté de la santé pour les pays bénéficiaires et ii) une responsabilité des bailleurs de fonds subordonnée accompagnée d'une voie de retrait clarifiée. Ce nouveau récit centré sur l'équité peut trouver un écho dans les opinions politiques de droite comme de gauche. La gauche soutiendra certainement les pressions en faveur d'une plus grande souveraineté dans le domaine de la santé et le recentrage *de facto* sur les pays les plus pauvres, tandis que la droite pourrait apprécier l'accent mis sur le fait que les pays sont les principaux responsables de leur population, les bailleurs de fonds n'assumant qu'un rôle d'appui.

Toutefois, des possibilités existent également de mettre au point de nouvelles façons de mesurer l'impact et d'établir des rapports à son sujet. Les récits des bailleurs de fonds dans le cadre d'un Nouveau pacte pourraient inclure l'établissement conjoint de rapports sur l'impact, recentrant le récit sur la durabilité et l'augmentation de l'impact global, la redevabilité étant liée à des indicateurs plus clairs et à une surveillance régionale (par exemple par l'Union africaine). Les bailleurs de fonds pourraient démontrer l'optimisation des ressources dans le cadre d'un financement flexible exposant de manière explicite les mécanismes de redevabilité alternatifs qui vont au-delà de l'attribution propre à une contribution ou à une maladie en particulier. Cela pourrait inclure (i) des indicateurs de performance au niveau du système (par exemple la réduction de la mortalité évitable, l'équité dans la couverture des services, les biens publics mondiaux et les indicateurs de résilience) qui reflètent mieux l'intention du financement par enveloppe ; (ii) la rentabilité au niveau des portefeuilles, montrant comment les financements communs ou flexibles permettant de parvenir à de meilleurs gains de santé pour chaque dollar investi que les investissements verticaux fragmentés ; et (iii) l'analyse comparative par rapport aux éléments contrefactuels, comparant les pays soutenus par un Pacte avec des contextes similaires qui conservent un financement largement préaffecté. Il pourrait être possible de remédier de manière explicite aux préoccupations sur l'attribution grâce aux solutions pragmatiques suivantes, y compris : (i) le passage d'une attribution stricte à des récits sur la contribution, où les bailleurs de fonds rendent compte de leur rôle dans les résultats collectifs plutôt que de revendiquer l'intégralité du mérite ; (ii) un accord sur les indicateurs de réussite partagés, permettant aux bailleurs de fonds de communiquer des histoires d'impact claires sans exagérer l'influence individuelle ; et (iii) le fait de nommer explicitement ce changement contribuerait à normaliser la perte d'attribution en tant que caractéristique nécessaire, et non en tant que défaut, du financement collectif.

Les nouvelles approches vis-à-vis de la redevabilité pour les fonds de bailleurs de fonds

Pour répondre aux préoccupations des bailleurs de fonds concernant l'établissement de rapports et la surveillance, il est possible d'utiliser des mécanismes de gouvernance illustratifs. Ceux-ci pourraient inclure (i) un cadre de résultats unique et ayant fait l'objet d'un accord conjoint, qui soit aligné sur les

stratégies de santé nationale et assorti d'un ensemble limité d'indicateurs qui servent à l'établissement de rapports par tous les partenaires du Pacte ; (ii) des rapports de performance annuels ou bisannuels dans le cadre du Pacte, validés de manière indépendante, qui agrègent les résultats sur l'ensemble des sources de financement tout en permettant aux bailleurs de fonds d'« étiqueter » des priorités thématiques (par exemple la santé maternelle, le renforcement des soins de santé primaires [SSP]) ; et (iii) l'utilisation de plateformes existantes (par exemple comptes-rendus de santé nationale, système d'information sur la gestion de la santé de routine, examens des dépenses publiques) plutôt que de systèmes d'établissement de rapports parallèles spécifiques à chaque bailleur de fonds.

Les contraintes macroéconomiques et le rôle des institutions financières internationales

Aujourd'hui, les principales contraintes qui pèsent sur le financement de la santé ne sont plus techniques, mais macro-fiscales. La charge élevée de la dette, les programmes d'ajustement fiscal et les conditionnalités du FMI limitent de plus en plus ce que les gouvernements peuvent de manière réaliste dépenser pour les secteurs sociaux, la santé comprise. Un Nouveau pacte qui ignore ces contraintes risque de promouvoir des attentes irréalistes autour du financement domestique. Cela rend inévitable le dialogue structuré avec les ministères des Finances et les institutions financières internationales.

6. Les facteurs de réussite du Nouveau pacte au niveau des pays

Pour un pays bénéficiaire, la mise en œuvre d'un Nouveau pacte de pays sera plus probablement couronnée de succès si les conditions et les capacités locales sont propices. Dans cette partie, nous présentons un ensemble de six domaines à même d'appuyer la mise en œuvre d'un Nouveau pacte : 1) le contexte politique et économique, 2) la gouvernance et la coordination, 3) le financement de la santé, 4) la détermination des priorités éclairée par des données probantes, 5) la gestion des finances publiques et 6) la coordination des bailleurs de fonds. Ce cadre (résumé dans le document Table A4, Annexe 3, et détaillé dans un document complémentaire (Mirutse et al. 2026)) pourrait être développé pour former une évaluation de la préparation à un Nouveau pacte de pays, aidant les responsables nationaux à comprendre s'ils doivent rechercher une approche du Nouveau pacte et identifiant sur quels aspects les efforts de leadership ou les ressources doivent se concentrer pour combler d'éventuelles lacunes. Nous avons délibérément recommandé l'utilisation d'indices standardisés et reconnus à l'échelle mondiale pour faciliter la négociation entre les pays et les bailleurs de fonds.

Le contexte politique et économique

La stabilité politique et la sécurité sont essentielles pour assurer la continuité des réformes du secteur de la santé, conserver une fonctionnalité opérationnelle et attirer des investissements à la fois domestiques et internationaux dans la santé. Les pays sujets à une instabilité ou à un conflit prolongés peuvent rencontrer des obstacles de taille dans la mise en œuvre de politiques cohérentes ou la gestion efficace des services de santé. Les pays peuvent s'appuyer sur l'indice de la stabilité politique et de la sécurité de la Banque mondiale (World Bank 2025d) pour évaluer leur environnement politique, ce qui peut également être étayé grâce à des délibérations d'experts. Plus précisément, un des principaux facteurs déterminants pour la réussite d'une réforme de politiques telle que le Nouveau pacte est un plus haut degré de volonté politique, d'appropriation et d'engagement. Les pays peuvent jauger l'alignement politique sur les principes du Nouveau pacte en examinant les documents des cadres

de politiques et juridiques récents, l'agenda national phare du développement, et les tendances dans l'allocation budgétaire gouvernementale pour la santé, à la fois au niveau national et infranational.

Un environnement macroéconomique sain, caractérisé par une croissance stable, des politiques fiscales efficaces et des institutions robustes, permet au gouvernement de pérenniser ou d'augmenter les dépenses de santé. La situation macroéconomique du pays détermine la faisabilité de l'augmentation ou de la réallocation des ressources intérieures en faveur des services de santé essentiels. Si une transition vers le Nouveau pacte peut être neutre du point de vue budgétaire, d'autres éléments de l'économie politique poseront potentiellement plus de difficultés si les ressources sont fortement limitées. L'évaluation de la préparation macroéconomique d'un pays implique l'examen des tendances de la croissance macroéconomique, des tendances des allocations budgétaires pour la santé, de l'efficacité des dépenses et du potentiel de génération de recettes intérieures. La croissance économique est essentielle, et les pays dotés d'un taux de croissance par habitant du PIB annuel inférieur à 2 ou 3 %, ou d'une croissance nulle, ont une faible capacité à réallouer ou à augmenter les dépenses en faveur des services de santé domestiques.

La gouvernance et la coordination

La réussite du Nouveau pacte repose également sur des mécanismes de coordination et de gouvernance inclusifs et fonctionnels pour les parties prenantes au niveau national et infranational, notamment les institutions publiques, les organisations de la société civile, les associations communautaires, le secteur universitaire et les instituts de recherche, les secteurs privés et les bailleurs de fonds. La mise en œuvre nécessite une série de délibérations, la construction du consensus, l'alignement, l'implémentation commune et des mécanismes de suivi parmi les parties prenantes clés. Les pays peuvent mesurer leur préparation en évaluant la présence de plateformes de gouvernance légitimes pour chaque partie prenante au niveau national et infranational ; le niveau d'inclusivité, de fréquence et d'adéquation de la collecte ; la fonctionnalité des plateformes ; et leur impact sur la décision et la mise en œuvre relatives aux politiques.

Le financement de la santé

La mobilisation des ressources intérieures

Les pays nécessitent pour la MRI une stratégie chiffrée et ayant fait l'objet d'une appropriation politique, qui repose en grande partie sur les données probantes, les bonnes pratiques mondiales et les réalités contextuelles, et qui soit personnalisée pour le financement des services de santé ultra-prioritaires. Pour y parvenir, les pays doivent adopter des approches efficaces et réalisables pour la mobilisation des ressources intérieures. Celles-ci incluent des allocations budgétaires gouvernementales pour la santé adaptées aux réalités de l'espace fiscal, des contributions individuelles ou des employeurs aux régimes d'assurance de santé publique, et des efforts de diversification grâce aux sources de recettes complémentaires telles que les taxes sur la santé.

La mise en œuvre du Nouveau pacte doit être personnalisée en fonction du paysage de financement de la santé et des capacités du système de chaque pays. Les principaux paramètres d'évaluation sont les suivants : caractère suffisant des dépenses actuelles de santé pour financer les services de santé essentiels (mesuré par dépenses de santé totales par habitant) ; niveau de dépendance au financement des bailleurs de fonds et aux paiements à la charge des patients (les parts respectives imputables aux bailleurs de fonds et des paiements restant à la charge des patients dans les dépenses de santé totales) ; et engagement du gouvernement à augmenter le financement de la santé publique, de la manière

démontrée par les tendances récentes, la présence d'une stratégie de MRI chiffrée et éclairée par des données probantes et un plan d'augmentation des allocations budgétaires pour la santé reflété dans un cadre de dépenses à moyen terme.

La mutualisation et le niveau de fragmentation

La fragmentation des flux de financement peut provoquer des doublons, une inefficacité, une inégalité, une réduction du pouvoir de négociation et une mise en difficulté du principe fondamental selon lequel les ressources intérieures doivent avant tout servir aux services ultra-prioritaires, compromettant ainsi gravement la mise en œuvre du Nouveau pacte. Pour remédier à ces problèmes, les flux de financement doivent être organisés dans une mutualisation de plus haut niveau, soit sous une forme unifiée, soit dans un système coordonné qui permet un alignement stratégique des flux de financement afin d'assurer une complémentarité dans le financement des services ultra-prioritaire, un partage des risques et une réduction des inefficacités. Étant donné que la fragmentation reflète souvent des contraintes structurelles et politiques sous-jacentes, relever ces défis nécessite des interventions à la fois techniques et politiques et peut prendre du temps. Par conséquent, les pays doivent donner priorité à la coordination et l'alignement parmi les flux de financement tout en s'employant dans le même temps à créer des dispositions de mutualisation unifiées.

La détermination des priorités éclairée par des données probantes

Un ensemble essentiel de services de santé (EESS) définit les services qui sont couverts ou non dans le contexte de ressources limitées et communique au public qui a droit à ces services. La mise au point d'un EESS peut également faciliter la mutualisation des ressources entre différents régimes de financement. Cela contribue à l'évaluation de la performance des régimes de couverture, ce qui peut mener à l'harmonisation des services et à l'identification d'écarts entre le financement et la prestation des services. La mise au point et la révision d'un EESS sont également cruciales pour les achats stratégiques et l'optimisation des ressources lors de l'achat des produits de base pour les soins de santé. Pour un déploiement réussi, l'EESS doit être aligné sur des stratégies et des systèmes nationaux plus larges tels que la budgétisation, le paiement des prestataires, les ressources humaines, les infrastructures, les orientations en matière de traitements, les médicaments et les listes d'équipements essentiels, et les cadres de suivi et d'évaluation (Chalkidou et al. 2016 ; WHO 2016). Nous soulignons ici que les Nouveaux pactes nationaux ne proposent pas une seule méthode de détermination des priorités et n'imposent pas non plus de critères ou d'outils analytiques précis. Les gouvernements conservent leur pleine souveraineté de la conception des processus qui leur sont propres, en fonction de leur contexte national et des négociations politiques. En revanche, des normes méthodologiques minimales sont nécessaires pour garantir la crédibilité et la légitimité. Celles-ci doivent inclure l'analyse de la rentabilité, l'évaluation de l'impact du budget et la considération explicite de l'équité et de la protection financière. Le Projet des priorités dans le contrôle des maladies (Disease Control Priorities Project, DCP4) et l'initiative internationale d'appui aux décisions (international Decision Support Initiative, iDSI) fournissent des méthodologies concrètes et testées par les pays pour une détermination des priorités éclairée par des données probantes qui rend directement opérationnel le premier pilier du Nouveau pacte. Leurs synthèses récentes démontrent comment les pays ont traduit les données probantes économiques, les contraintes fiscales et les objectifs en matière d'équité en décisions politiques réelles malgré des contraintes politiques et institutionnelles. Ces expériences montrent qu'une détermination des priorités rigoureuse est faisable dans des contextes caractérisés par des faibles ressources, à condition que les processus soient intégrés au niveau institutionnel et soutenus du point de vue politique (Alwan et al. 2025 ; Baker et al. 2023).

Un EESS bien conçu est central dans la mise en œuvre du Nouveau pacte, car il permet au ministère de la Santé de définir ses priorités et de concevoir le système de santé tout en assurant une participation suffisante de toutes les parties prenantes clés. Il facilite également l'identification des services de santé ultra-prioritaires et de leurs sources de financement et contribue à déterminer qui finance quoi (au moins en théorie, si le financement extérieur est fourni ultérieurement sous la forme d'un soutien intégré au budget national). Le développement de capacités nationales solides pour appliquer des données probantes dans le choix des technologies et services à prioriser permettra aux bailleurs de fonds de faire davantage confiance aux décisions de détermination des priorités en matière de soins de santé des pays bénéficiaires, et de s'en remettre davantage à celles-ci. La mise en œuvre du Nouveau pacte pourrait permettre d'améliorer les processus d'EESS d'un pays en rassemblant les financements extérieurs derrière ce cadre critique de gestion de la santé publique plutôt que de lui être délétère.

Les pays peuvent utiliser iProSE, l'échelle de progression de l'iDSI pour l'institutionnalisation de la détermination des priorités éclairée par des données probantes (DPEDP) dans les soins de santé, afin de comprendre leur niveau de progression dans l'institutionnalisation de la DPEDP et les choses qu'ils doivent améliorer (Gheorghe et al. 2023). Fondée sur l'auto-évaluation et l'auto-notation, l'institutionnalisation de la DPEDP peut être catégorisée comme « de base », « avancée », « en cours de consolidation » ou « mature ». Le passage au Nouveau pacte nécessitera certainement des pays qu'ils en soient à la phase « de base » ou « avancée » pour se concentrer sur la définition d'une liste hiérarchisée de services de santé et l'identification de sources et de mécanismes de financement, tout en renforçant dans le même temps leur capacité de DPEDP fondamentale. Les pays qui en sont aux phases « en cours de consolidation » ou « mature » pourraient en revanche se concentrer sur l'alignement de la mise en œuvre des services prioritaires sur les intrants des systèmes de santé et les fonctions de financement. Parmi les aspects critiques pour la réussite de la DPEDP, on peut citer : une appropriation et un engagement politiques, une institution mandatée et suffisamment dotée en ressources pour mener la DPEDP, une capacité à produire et à utiliser des données probantes, une participation inclusive et effective des parties prenantes, un alignement des services prioritaires sur les réalités de l'espace fiscal, et une création de liens solides entre l'ensemble de services défini et les mécanismes de mise en œuvre.

Les incitations politiques en faveur d'une détermination des priorités efficace et juste posent des difficultés. La détermination des priorités est tout autant un processus politique qu'un exercice technique, et les ensembles de prestations explicites rencontrent souvent des résistances lorsqu'ils arrêtent de prioriser les services politiquement visibles ou très médiatisés. Des processus délibératifs ouverts et inclusifs pour la conception des ensembles de prestations sont par conséquent aussi importants que l'analyse technique des données probantes, de la rentabilité ou de l'impact de distribution. Les gouvernements peuvent avoir des difficultés à concilier la détermination des priorités éclairée par des données probantes et les incitations politiques de court terme, surtout dans les contextes où le capital politique est lié à la construction d'hôpitaux, aux équipements spécialisés ou à l'expansion des soins tertiaires plutôt qu'aux soins de santé primaires.

Pour mieux gérer la demande ainsi que l'éventuelle concurrence entre différents groupes d'intérêt, les processus ouverts et inclusifs sont essentiels. Les recommandations récentes sur les processus délibératifs mettent en avant les éléments suivants : large participation des parties prenantes ; clarté sur la distinction entre l'évaluation technique des données probantes et l'appréciation plus large de la société ; communication de raisons transparente ; processus de recueil de la parole menés pour tous les groupes d'intérêt ; et mécanismes d'appel (World Bank 2023 ; Baltussen et al. 2023). Garantir des discussions transparentes sur les objectifs et les changements, dans lesquelles toutes les voix sont entendues, peut renforcer la légitimité et éviter le retour de bâton politique. À long terme, faire des changements de manière explicite plutôt que derrière des portes closes favorisera l'apprentissage social et l'acceptabilité politique (Daniels et al. 2008).

La gestion des finances publiques

La réussite de la détermination des priorités éclairée par des données probantes, la prestation de services de santé prioritaires et la transition vers le Nouveau pacte nécessitent des systèmes et des institutions solides pour gérer les financements à la fois publics et des bailleurs de fonds. Pour une mise en œuvre efficace du Nouveau pacte, des services prioritaires (EESS) explicites et bien chiffrés doivent être mis en place ; l'élaboration et l'allocation budgétaires doivent être alignées sur l'EESS et éclairées par celui-ci ; le budget doit être exécuté jusqu'aux niveaux inférieurs du système de soins de santé d'une manière flexible, prévisible et opportune dans le temps ; et il doit y avoir des systèmes qui suivent si l'exécution du budget a été efficace et efficace en matière de prestation de services prioritaires et si elle a respecté les règles et procédures locales. Toutefois, de tels systèmes fonctionnels sont actuellement absents de la plupart des PRFI, et les pays doivent évaluer leur capacité de GFP et mettre en œuvre différentes réformes dans ce domaine pour englober toute la mise en œuvre du Nouveau pacte.

Les pays peuvent évaluer leur capacité de GFP à l'aide du cadre du programme relatif aux dépenses publiques et à la responsabilité financière (PEFA, d'après l'acronyme anglais) (PEFA 2025), qui suit 94 indicateurs sur sept piliers : fiabilité du budget, transparence des finances publiques, gestion des actifs et des passifs, stratégie budgétaire et établissement du budget fondés sur les politiques publiques, prévisibilité et contrôle de l'exécution du budget, comptabilité et établissement de rapports, et supervision et audit externes. De nombreux pays mènent des évaluations régulières en matière de PEFA, qui peuvent être utilisées en tant que sources de données probantes pour planifier le renforcement des capacités de GFP afin d'opérer la transition vers le Nouveau pacte.

Pour être faisables et pérennes, les réformes de la GFP doivent être progressives plutôt qu'ambitieuses ou radicales, à la fois au sein des fonctions centrales de GFP et en dehors. Les réformes de la GFP les plus radicales échouent souvent. Les pays doivent donc s'employer à renforcer les fonctions de base avant de passer à des capacités avancées. Il est nécessaire de prioriser les réformes en fonction de leur niveau d'importance pour renforcer la prestation de services de santé, la redevabilité et la faisabilité administrative et politique. Les réformes doivent être ciblées et séquentielles pour éviter de surcharger le système en opérant des changements multiples simultanés qui dépasseraient sa capacité administrative.

Les priorités de départ et la séquence des réformes varient en fonction du niveau de maturité de la GFP d'un pays, des problèmes qu'elles visent à résoudre, du contexte politique et de la capacité administrative. Toutefois, les données probantes empiriques montrent généralement que la crédibilité budgétaire (des prévisions de recettes complètes et réalistes, éclairées par des services de santé prioritaires chiffrés et des libérations et des flux d'espèces prévisibles) et le suivi et le contrôle des dépenses de base, à la fois au niveau national et des mécanismes, doivent être abordés tôt dans le processus car ils sont fondamentaux pour les autres fonctions.

Ensuite, le renforcement de la capacité d'exécution budgétaire ne doit pas être ignoré. Les facteurs défavorables pour l'efficacité de l'exécution budgétaire, en particulier les retards dans l'approvisionnement, doivent faire l'objet d'une remédiation. En outre, des réformes de la GFP au niveau de la prestation de services, qui peuvent améliorer l'autonomie et la flexibilité d'allouer et de réallouer des budgets aux services prioritaires en plus de la flexibilité, devraient être mises en œuvre. Dans les phases ultérieures, les pays peuvent viser à faire progresser les audits de performance, à aligner la budgétisation sur les mécanismes de paiement des prestataires, à relier l'établissement de rapports financiers aux productions de la prestation de service, à renforcer la transparence et la redevabilité sociale et citoyenne au niveau des mécanismes et des communautés, et à introduire des outils avancés

qui peuvent accroître la performance des fonctions fondamentales. Toutefois, il convient de noter que les réformes de la GFP ne constituent pas un processus linéaire de la manière décrite ici, l'intention est plutôt d'indiquer la séquence de haut niveau (WHO 2025d).

L'alignement des bailleurs de fonds sur les systèmes et les réformes en matière de GFP

La mise en œuvre efficace du Nouveau pacte nécessite également qu'une large part du financement des bailleurs de fonds soit acheminée via le système de GFP du pays (soit en tant que soutien intégré au budget national, soit en tant que financement commun des bailleurs de fonds), et que les systèmes d'achats et d'audit, les règles, les procédures et les institutions existants soient utilisés (Gheorghe et al. 2024).

L'utilisation des systèmes de GFP des pays pourrait impliquer différents risques en fonction du niveau de maturité de la GFP et fait partie des principales raisons pour lesquelles les bailleurs de fonds recherchent des solutions alternatives. Toutefois, la faiblesse d'un système de GFP donné ne doit pas dissuader de la mise en œuvre du Nouveau pacte. Celui-ci doit plutôt être utilisé pour renforcer l'appropriation et l'engagement politique locaux et mobiliser le soutien des bailleurs de fonds afin de renforcer la GFP et d'éclairer la phase de mise en œuvre du Nouveau pacte. Cela nécessite que les bailleurs de fonds augmentent leur appétence au risque pour utiliser et renforcer le système de GFP du pays tout en rendant simultanément plus robustes les mécanismes de protection.

La coordination des bailleurs de fonds

L'harmonisation des cycles de planification et des indicateurs favorise un soutien coordonné, réduit les doublons dans les exigences en matière d'établissement de rapports et permet de mettre en œuvre des approches de financements mutualisés et conjoints pour encourager la réalisation des objectifs fondamentaux du système de santé. Les composants et facilitateurs clés de l'harmonisation incluent : une politique et une stratégie de secteur claires, avec une appropriation nationale ; un programme de dépenses à moyen terme qui reflète la stratégie du secteur ; des dispositions systématiques pour la programmation des ressources qui soutiennent le secteur ; un système de suivi de la performance qui mesure les progrès accomplis et renforce la redevabilité mutuelle ; des mécanismes de consultation larges qui impliquent toutes les parties prenantes importantes ; un processus formalisé et dirigé par le gouvernement pour la coordination de l'aide et le dialogue au niveau du secteur ; et un processus convenu pour progresser vers un système harmonisé d'établissement de rapports, de budgétisation, de gestion financière et d'approvisionnement. En outre, le renforcement et l'utilisation des systèmes de GFP nationaux tels que l'approvisionnement, l'établissement de rapports financiers et l'audit permet de renforcer les systèmes et la capacité institutionnelle des pays, de promouvoir la transparence et la redevabilité et d'éviter les problèmes d'inefficacité des systèmes de bailleurs de fonds parallèles. Le financement commun de l'ensemble ou de sous-composantes du secteur peut jouer un rôle utile dans la coordination des bailleurs de fonds, le renforcement de la prévisibilité et de la flexibilité du financement, la réduction des coûts de transaction et la promotion de l'appropriation nationale des priorités sanitaires. Dans les pays caractérisés par un degré important de mise en œuvre de services parallèles, le Nouveau pacte national peut inclure une feuille de route vers l'intégration de ces services au système de santé publique.

Les pays peuvent évaluer l'alignement stratégique, opérationnel et financier des bailleurs de fonds. L'alignement stratégique tient compte de la mesure à laquelle les bailleurs de fonds appuient les priorités nationales et de la disponibilité d'un plan sectoriel mis au point et adopté conjointement qui sert de base pour la détermination des priorités. L'alignement opérationnel évalue l'utilisation par les bailleurs de fonds des systèmes publics nationaux, y compris les procédures, les calendriers, les mécanismes d'établissement de rapports et le degré de participation aux groupes de coordination des bailleurs de fonds. L'alignement du financement examine le degré auquel les ressources des bailleurs de fonds sont acheminées par les canaux privilégiés par les gouvernements (soutien intégré au budget national et/ou financement commun par exemple), leur prévisibilité et leur alignement sur les cadres de dépenses à moyen terme, et l'utilisation de systèmes fiduciaires harmonisés tels que l'établissement de rapports, la conformité ou l'audit.

7. Conclusion

Le Nouveau pacte est avant tout un cadre d'harmonisation du financement des services de santé dans les pays qui perçoivent un soutien sous forme de financement extérieur. Il recommande aux pays de mener un processus d'élaboration du budget éclairé par des données probantes afin de définir un ensemble de prestations de santé essentielles, les financements domestiques étant alloués aux services fondamentaux et les plus prioritaires (avec une couverture importante) et l'aide étant conçue comme un ensemble élargi supplémentaire. C'est un cadre qui pourrait être adopté par toutes les structures existantes de coordination du financement extérieur de la santé, par exemple les plateformes d'approches sectorielles. Les principes du Nouveau pacte peuvent également servir d'orientations stratégiques pour permettre aux bailleurs de fonds de s'aligner derrière les priorités des pays et de se positionner en tant qu'acteurs secondaires par rapport aux institutions nationales.

La réussite de la mise en œuvre du Nouveau pacte nécessitera probablement des réformes des politiques de la part du paysage complexe des institutions des bailleurs de fonds afin de favoriser de nouvelles méthodes de travail. Idéalement, elle serait appuyée par un Nouveau pacte mondial, qui déclencherait des réformes radicales pour consolider la majorité de l'aide pour le financement des services de santé dans un seul mécanisme de financement, probablement aligné soit sur les banques multilatérales de développement, soit sur des initiatives pour la santé mondiale bien développées telles que le Fonds mondial. Si l'opportunité marquée de mener des réformes mondiales crée un environnement plus propice à un Nouveau pacte, l'adoption de celui-ci devrait idéalement être dirigée par les pays plutôt qu'imposée par l'intermédiaire de processus descendants. Dans le présent document, nous avons présenté un cadre décrivant la manière dont les pays peuvent envisager les facteurs de réussite pour une transition vers un Nouveau pacte.

La transition vers une approche du Nouveau pacte rencontrera des résistances. Elle nécessitera un examen minutieux de l'économie politique pertinente, en évaluant les obstacles potentiels à la mise en œuvre et la façon dont ils peuvent être levés.

8. Idées d'action

Pour les bailleurs de fonds et les institutions multilatérales

- **Coopérer avec les pays pour comprendre leurs priorités dans l'adoption du Nouveau pacte.** Les bailleurs de fonds et les agences multilatérales pourraient encourager des consultations inclusives avec les ministères de la Santé et des Finances, tirant parti des plateformes existantes telles que les approches sectorielles pour aligner l'aide sur les stratégies de santé nationale et renforcer l'appropriation par les pays (Deuxième partie).
- **Renforcer l'assistance technique auprès des systèmes de santé pour appuyer la mise en œuvre du Nouveau pacte.** Les bailleurs de fonds et les agences multilatérales pourraient financer et coordonner l'assistance pour renforcer la capacité des pays en matière de détermination des priorités et de gestion des finances publiques, assurant l'alignement sur les besoins locaux et les initiatives mondiales existantes (Troisième partie).
- **Adapter les politiques pour promouvoir des approches de financement flexibles et dirigées par les pays.** Les bailleurs de fonds et les agences multilatérales pourraient passer d'un financement spécifique à certaines maladies à un soutien aux priorités des systèmes de santé intégrés, s'appuyant sur des outils tels que le financement à une seule enveloppe (Cinquième partie).
- **Explorer des options pour un Nouveau pacte mondial et consolider le financement de la santé pour améliorer l'efficacité de l'aide.** Les bailleurs de fonds pourraient évaluer les mécanismes de rationalisation de l'aide au développement pour la santé, tirant des leçons des efforts de coordination antérieurs pour réduire la fragmentation tout en préservant la flexibilité pour différents contextes de pays (Sixième partie).

Pour les pays bénéficiaires

- **Définir des priorités claires en matière de santé, renforcer la coordination des bailleurs de fonds et argumenter en faveur du modèle de financement d'un Nouveau pacte national.** L'investissement dans les processus de détermination des priorités éclairée par des données probantes, la démonstration de priorités claires pour votre pays et une coordination des bailleurs de fonds affirmée peuvent produire des résultats et renforcer la préparation des bailleurs de fonds à appuyer une approche du Nouveau pacte (Sixième partie).
- **Envisager de mener des évaluations de la préparation à la transition vers un Nouveau pacte.** Les pays peuvent être guidés par des évaluations pour déterminer s'il convient d'investir davantage dans la planification éclairée par des données probantes et la gestion efficace des finances publiques pour renforcer la résilience, en personnalisant les approches en fonction de leur contexte économique et politique (Troisième partie).
- **Communiquer aux bailleurs de fonds les priorités en matière de réformes du financement de la santé.** Les gouvernements pourraient engager les bailleurs de fonds par les mécanismes de coordination existants pour exprimer les besoins et la préparation au Nouveau pacte, favorisant un dialogue inclusif avec les parties prenantes locales (Quatrième et Sixième parties).
- **Lancer et prendre la tête d'une initiative de Nouveau pacte mondial,** en collaborant avec d'autres pays bénéficiaires pour argumenter en faveur d'une réforme de l'architecture de la santé mondiale (Deuxième partie).

Références

- Africa Centres for Disease Control and Prevention. 2025. *Africa's Health Financing in a New Era*. Africa Centres for Disease Control and Prevention. <https://africacdc.org/download/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/>.
- African Union. 2001. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*. African Union. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>.
- Alwan, Ala, Mizan Kiros Mirutse, Pakwanja Desiree Twea, and Ole F. Norheim. 2025. *Country-Led Priority Setting for Health*. Vol 1. World Bank. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/dcp-4_volume1.pdf.
- Apeagyei, Angela E., Catherine Bisignano, Hans Elliott, et al. 2025. 'Tracking Development Assistance for Health, 1990–2030: Historical Trends, Recent Cuts, and Outlook'. *The Lancet* 406 (10501): 337–348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01240-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01240-1).
- Baker, Peter, Edwine Barasa, Kalipso Chalkidou, et al. 2023. 'International Partnerships to Develop Evidence-Informed Priority Setting Institutions: Ten Years of Experience from the International Decision Support Initiative (iDSI)'. *Health Systems & Reform* 9 (3): 2330112. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2330112>.
- Baltussen, Rob, Omar Mwalim, Karl Blanchet, et al. 2023. 'Decision-Making Processes for Essential Packages of Health Services: Experience from Six Countries'. *BMJ Global Health* 8 (Suppl 1): e010704. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010704>.
- Bundesministerium für Gesundheit, The Federal Ministry of Health. 2020. *Global Health Strategy of the German Federal Government*. Bundesministerium für Gesundheit. https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Global_Health_Strategy.pdf.
- CGD. 2025. 'Making Markets for Development Innovations'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/markets-for-development>.
- Chalkidou, Kalipso, Karl Claxton, Rachel Silverman, and Prashant Yadav. 2020. 'Value-Based Tiered Pricing for Universal Health Coverage: An Idea Worth Revisiting'. *Gates Open Research* 4: 16. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13110.3>.
- Chalkidou, Kalipso, Amanda Glassman, Robert Marten, et al. 2016. 'Priority-Setting for Achieving Universal Health Coverage'. *Bulletin of the World Health Organization* 94 (6): 462–67. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.155721>.
- Chalkidou, Kalipso, Adrian Towse, and Rachel Silverman. 2020. *Unpacking the Black Box of Payer Policy: A Demand-Side Approach for Equitable Uptake of Cost-Effective Health Innovation*. Center for Global Development.
- Daniels, Norman, James E. Sabin, Norman Daniels, and James E. Sabin. 2008. *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford University Press.

- Demeshko, Anastassia, and Pete Baker. 2025. 'One-Sided Compacts: Why the World Bank's National Health Compacts Need to Be a Two-Way Deal'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/one-sided-compacts-why-world-banks-national-health-compacts-need-be-two-way-deal>.
- Demeshko, Anastassia, Tom Drake, and Nadia Yakhelef. 2025. *A New Era for Global Health: Can African Countries Agree a New Compact with External Donors?* March 27. <https://www.cgdev.org/publication/new-era-global-health-can-african-countries-agree-new-compact-external-donors>.
- Demeshko, Anastassia, Solomon Tessema Memirie, and Tom Drake. 2025. *A New Compact for Health Financing: Insights from Policymakers Across Africa*. February 7. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-insights-policymakers-across-africa>.
- Drake, Tom, and Anastassia Demeshko. 2024. *Putting Aid in Its Place: Financing Common Goods*. September 11. <https://www.cgdev.org/publication/putting-aid-its-place-financing-common-goods>.
- Drake, Tom, and Mishel Khan. 2024. 'A New Compact for Health Financing: The Global Political Economy of Reform'. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/new-compact-health-financing-global-political-economy-reform>.
- Drake, Tom, Jessica Ochalek, Witold Więcek, Nadia Yakhelef, and Rachel Bonnifield. 2025. *A New Compact for Health Financing: Donor Priority Setting*. June 30. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-financing-donor-priority-setting>.
- Drake, Tom, Lydia Regan, and Pete Baker. 2023. *Reimagining Global Health Financing: How Refocusing Health Aid at the Margin Could Strengthen Health Systems and Futureproof Aid Financial Flows*. February 27. <https://www.cgdev.org/publication/reimagining-global-health-financing-how-refocusing-health-aid-margin-could-strengthen>.
- EU Capacity4dev. 2011. 'Busan Partnership for Effective Development Co-Operation'. https://capacity4dev.europa.eu/groups/public-fragility/info/busan-partnership-effective-development-co-operation_en.
- Fardoust, Shahrokh, Stefan G. Koeberle, Moritz Piatti-Fünfkirchen, et al. 2023. *Retooling Development Aid in the 21st Century: The Importance of Budget Support*. Oxford University Press.
- Federal Government of Germany. 2020. *Global Health Strategy of the German Federal Government*. The Federal Ministry of Health, Global Health Unit. https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Global_Health_Strategy.pdf.
- Fletcher, Kevin, Sanjeev Gupta, Duncan P. Last, et al. 2008. 'CHAPTER 5. Strengthening Institutions to Promote Effective Utilization of Aid'. In *Fiscal Management of Scaled-Up Aid*. International Monetary Fund. <https://www.elibrary.imf.org/display/book/9781589067035/ch005.xml>.
- Foster, Mick, Adrienne Brown, and Tim Conway. 1999. *Sector-Wide Approaches for Health Development: A Review of Experience*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66468/WHO_GPE_00.1.pdf?sequence=1.

- Future of Global Health Initiatives. 2023. *The Lusaka Agenda: Conclusions of the Future of Global Health Initiatives Process – FGHI*. Future of Global Health Initiatives. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>.
- Gavi. 2020. *Advance Market Commitment for Pneumococcal Vaccines - Annual Report 2020*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2021/2020-PCV-AMC-Annual-Report.pdf>.
- Gavi. 2022a. *Gavi Alliance Co-Financing Policy Version 3.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/01-Gavi-Co-financing-Policy.pdf>.
- Gavi. 2022b. *Gavi Alliance Eligibility and Transition Policy Version 4.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/02-Gavi-Eligibility-and-Transition-Policy.pdf>.
- Gavi. 2022c. *Gavi Alliance Health Systems and Immunisation Strengthening Policy Version 1.0*. Gavi. <https://www.gavi.org/sites/default/files/about/governance/corporate-policies/07-Gavi-Health-Systems-and-Immunisation-Strengthening-Policy.pdf>.
- Gavi. 2024. *Gavi 6.0—Phase 6 (2026–2030)*. Strategy No. 6. Gavi. <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-6-2026-2030>.
- Gavi. 2025a. 'Gavi Statement on the Global Health Architecture'. August 19. <https://www.gavi.org/news/media-room/gavi-statement-global-health-architecture>.
- Gavi. 2025b. 'World Leaders Recommit to Immunisation amid Global Funding Shortfall'. August 6. <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-recommit-immunisation-amid-global-funding-shortfall>.
- Gavi. 2026. 'The Gavi Leap'. Gavi, February. <https://www.gavi.org/our-work/gavi-leap>.
- Gheorghe, Adrian, and Pete Baker. 2023. *Country Transition Projections up to 2040: Gavi, the Global Fund, and the World Bank's IDA*. October 11. <https://www.cgdev.org/publication/country-transition-projections-2040-gavi-global-fund-and-world-banks-ida>.
- Gheorghe, Adrian, Pete Baker, Javier Guzman, and Tom Drake. 2024. *A New Compact for Health Aid: Integrating Evidence-Informed Priority-Setting and Public Financial Management*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-health-aid-integrating-evidence-informed-priority-setting-and-public>.
- Gheorghe, Adrian, Sophie Gulliver, Abha Mehndiratta, Javier Guzman, and Peter Baker. 2023. *iProSE: A Scale for Assessing Progress on Institutional Use of Evidence to Inform Priority-Setting in Health*.
- Global Financing Facility. 2023. *Delivering on the GFF Promise: Protecting and Promoting the Health and Well-Being of Women, Children and Adolescents | Global Financing Facility*. World Bank. <https://www.globalfinancingfacility.org/resource/delivering-gff-promise-protecting-and-promoting-health-and-well-being-women-children-and>.
- Global Financing Facility. 2024. 'From Slogans to Action: Realizing the One Plan, One Budget and One Report Agenda | Global Financing Facility'. <https://www.globalfinancingfacility.org/events/slogans-action-realizing-one-plan-one-budget-and-one-report-agenda>.

- Grepin, K. A., K. Leach-Kemon, M. Schneider, and D. Sridhar. 2012. 'How to Do (or Not to Do) ... Tracking Data on Development Assistance for Health'. *Health Policy and Planning* 27 (6): 527–34. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr076>.
- Grépin, Karen A., Crossley B. Pinkstaff, Arne Risa Hole, et al. 2018. 'Allocating External Financing for Health: A Discrete Choice Experiment of Stakeholder Preferences'. *Health Policy and Planning* 33 (suppl_1): i24–30. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx017>.
- Hallett, Timothy B., Tara D. Mangal, Asif U. Tamuri, et al. 2025. 'Estimates of Resource Use in the Public-Sector Health-Care System and the Effect of Strengthening Health-Care Services in Malawi during 2015–19: A Modelling Study (Thanzi La Onse)'. *The Lancet Global Health* 13 (1): e28–37. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00413-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00413-3).
- hera. 2024. 'Enhancing Universal Health Coverage: Piloting of Innovative Tools for the Evaluation of the P4H Network (P4H)'. Hera—Right to Health and Development. <https://www.hera.eu/news/innovative-tools-monitoring-evaluation-p4h-network>.
- Hudson, Jennifer, David Hudson, Paolo Morini, Harold Clarke, and Marianne C. Stewart. 2020. 'Not One, but Many “Publics”: Public Engagement with Global Development in France, Germany, Great Britain, and the United States'. *Development in Practice* 30 (6): 795–808. <https://doi.org/10.1080/09614524.2020.1801594>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. 2023. 'Financing Global Health'. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2023. 'Financing Global Health'. October 10.
- Kodali, Prakash Babu. 2023. 'Achieving Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Challenges for Policy Post-Pandemic and Beyond'. *Risk Management and Healthcare Policy* 16 (April): 607–21. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S366759>.
- Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Catherine Arsenaault, et al. 2018. 'High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution'. *The Lancet Global Health* 6 (11): e1196–252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- Labonte, Ronald, and Anna Marriott. 2010. 'IHP+: Little Progress in Accountability or Just Little Progress?' *The Lancet* 375 (9725): 1505–7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60625-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60625-3).
- Madan Keller, Janeen, Rachel Bonnifield, Tom Drake, Pete Baker, and Orin Levine. 2025a. *How Gavi 6.0 Can Take a Bigger Leap*. July 18. <https://www.cgdev.org/publication/how-gavi-60-can-take-bigger-leap>.
- Madan Keller, Janeen, Rachel Bonnifield, Tom Drake, Pete Baker, and Orin Levine. 2025b. *How Gavi 6.0 Can Take a Bigger Leap*. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/how-gavi-60-can-take-bigger-leap>.
- Madan Keller, Janeen, Clemence Landers, Nico Martinez, and Rosie Eldridge. 2025. 'The 2024–2025 Replenishment Traffic Jam'. *The 2024–2025 Replenishment Traffic Jam*. <https://www.cgdev.org/media/2024-2025-replenishment-traffic-jam>.

- Memirie, Solomon Tessema, Anastassia Demeshko, Mizan Habtemichael, et al. 2024. *A New Compact for Financing Health Services: Ethiopia Case Study*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-financing-health-services-ethiopia-case-study>.
- Mirutse, Mizan Kiros, Solomon Tessema Memirie, and Ole F. Norheim. 2026. *Country-Level Drivers of New Compact Success*. <https://www.cgdev.org/publication/country-level-drivers-new-compact-success>.
- Morton, Alec, Jamaica Briones, Anastassia Demeshko, Pete Baker, and Tom Drake. 2024. *A New Compact for Financing Health Services: Opportunities for Gavi and Partner Countries*. September 9. <https://www.cgdev.org/publication/new-compact-financing-health-services-opportunities-gavi-and-partner-countries>.
- Musuva, Anne, Marie-Jeanne Offosse, and Aloysius Ssenyonjo. 2025. 'Advancing the Lusaka Agenda: The Global Financing Facility's Missed Opportunities for Catalysing Sustainable Health Investment'. *Global Health Action* 18 (1): 2555052. <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2555052>.
- OECD. 2005. *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264098084-en>.
- OECD. 2006. *Harmonising Donor Practices for Effective Aid Delivery*. DAC Guidelines and Reference Series. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264035843-en>.
- OECD. 2008. *Accra Agenda for Action*. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/accra-agenda-for-action_9789264098107-en.html.
- Ofosu, Anthony, Louisiana Lush, Ulrika Enemark, and Esben Sonderstrup. 2016. *Rapid Independent Review of the International Health Partnership*. IHP+. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangements___docs/Core_Team/Rapid_Review_of_IHP_-_Final_Report_16_DEC_2016_1.pdf.
- P4H Network. 2023. 'History - The P4H Network'. P4H Network. <https://p4h.world/en/who-we-are/history/>.
- Pate, Muhammad Ali, Donald Kaberuka, and Peter Piot. 2026. *Transforming the Global Health Ecosystem: Lessons Learned and a Vision for the Future*. Accra Reset. <https://accrareset.org/publications/Transforming-the-Global-Health-Ecosystem/>.
- PEFA. 2025. 'Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)'. <https://www.pefa.org/about>.
- Pincombe, Morgan, Pete Baker, Adrian Gheorghe, and Janeen Madan Keller. 2023. *Projections of Eligibility and Transition Trajectories up to 2040: Implications for Gavi's Next Strategic Period and Beyond*. December 14. <https://www.cgdev.org/publication/projections-eligibility-and-transition-trajectories-2040-implications-gavis-next>.
- Regional Committee for Africa. 2008. *Harmonization for Health in Africa: Progress Report*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/1774/AFR-RC58-INF-DOC-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Regional Committee for Africa. 2024. *A Decade of Transformation: Achievements and Lessons Learnt Report on the Implementation of the Transformation Agenda of the WHO Secretariat in the African*

Region, February 2015–February 2024. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378876/AFR-RC74-11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Republic of Cameroon, Ministry of Public Health. 2023. 'National Compact Between the Government of the Republic of Cameroon and its Partners of Development'. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2025-03/Compact%20National%20ENGLISH%20-1.pdf>.

Salisbury, Nicole A., Gilbert Asimwe, Peter Waiswa, and Ashley Latimer. 2019. 'Operationalising the Global Financing Facility (GFF) Model: The Devil Is in the Detail'. *BMJ Global Health* 4 (2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001369>.

Schneider, Sebastian H., Jens Eger, and Nora Sassenhagen. 2021. 'Opinion Monitor for Development Policy 2021'. *Development Engagement Lab*. <https://developmentengagementlab.org/publication/opinion-monitor-for-development-policy-2021/>.

Shorten, Tim, and Shaun Conway. 2015. 'The International Health Partnership: Monitoring Transparency and Accountability'. In *Improving Aid Effectiveness in Global Health*, edited by Elvira Beracochea. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2721-0_18.

Sparkes, Susa, Helene Barroy, Kalipso Chalkidou, Pete Baker, and Sophie Witter. 2025. 'Money Talks: The Lusaka Agenda Financing Alignment Indicators'. Center for Global Development, January 9. <https://www.cgdev.org/blog/money-talks-lusaka-agenda-financing-alignment-indicators>.

Sparkes, Susan, MyMai Yungrattanachai, and Victoria Fan. 2024. 'Conditioned Domestic "Co-Financing" Policies in Global Health: A Landscape Analysis'. CGD. <https://www.cgdev.org/publication/conditioned-domestic-co-financing-policies-global-health-landscape-analysis>.

Taylor, Martin, and Carmen Dolea. 2012. *Developing a Country Compact: What Does It Take and What Are the Gains?* IHP+. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/Country_Compacts/Developing%20a%20Country%20Compact.What%20Does%20it%20Take.Dec2012.pdf.

The Global Fund. 2024a. *The Global Fund Eligibility Policy*. The Global Fund. https://resources.theglobalfund.org/media/7443/core_eligibility_policy_en.pdf.

The Global Fund. 2024b. *The Global Fund Sustainability, Transition and Co-Financing Policy*. Geneva. https://resources.theglobalfund.org/media/14383/core_sustainability-transition-cofinancing_policy_en.pdf.

'The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+)'. 2009. *Global Health Europe*, July 24. <https://globalhealthurope.org/general/the-international-health-partnership-and-related-initiatives-ihp/>.

UHC2030. 2017a. 'Health Stakeholders Sign Country Compact in Ivory Coast'. <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/article/health-stakeholders-sign-country-compact-in-ivory-coast-406584/>.

- UHC2030. 2017b. 'Liberia's Country Compact: A Common Understanding of How to Strengthen Health System'. <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/article/liberias-country-compact-a-common-understanding-of-how-to-strengthen-health-system-426875/>.
- UHC2030. 2025a. 'Country Compacts—UHC2030'. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/improving-collaboration/country-compacts/>.
- UHC2030. 2025b. 'History—UHC2030'. <https://www.uhc2030.org/who-we-are/history/>.
- UK FCDO. 2021. *Health Systems Strengthening for Global Health Security and Universal Health Coverage—FCDO Position Paper*. UK FCDO.
- UK Government. 2007. *The International Health Partnership—A Global 'Compact' for Achieving the Health Millennium Development Goals (Signatories)*. Downing Street, London, United Kingdom. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Home/IHP_global_compact_signatories_May%202013.pdf.
- UK Government. 2023. *Global Health Framework: Working Together towards a Healthier World*. <https://www.gov.uk/government/publications/global-health-framework-working-together-towards-a-healthier-world>.
- United Nations. 2002. 'Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development'. Paper presented at International Conference on Financing for Development. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.198_11.pdf.
- United Nations. 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
- United Nations Development Group. 2003a. 'Action Plan—Harmonization and Alignment to Help Achieve the MDG's'. *Rome Declaration on Harmonization* (Rome, Italy), February 25. <https://www.unicef.org/executiveboard/media/27621/file/2005-JMB-Item-4-Harmonization-Action-plan-EN.pdf>.
- United Nations Development Group. 2003b. 'Rome Declaration on Harmonization'. *Rome Declaration on Harmonization* (Rome, Italy), February 25. https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/declaracao_roma.pdf.
- US Department of State. 2025. *America First Global Health Strategy*. (Washington DC), September. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/09/America-First-Global-Health-Strategy-Report.pdf>.
- Vaillancourt, Denise. 2009. *Do Health Sector-Wide Approaches Achieve Results? Emerging Evidence and Lessons from Six Countries*. IEG Working Paper 2009/4. World Bank.
- Waddington, Catriona, Abebe Alebachew, and Jarl Chabot. 2012. *Roadmap for Enhancing the Implementation of One Plans, One Budget, and One Report in Ethiopia*. Ethiopia. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE__results___lessons/Ethiopia%20Roadmap%20enhancing%20one%20plan%20one%20budget%20and%20one%20report%20final.pdf.

- WHO. 2006. *A Guide to WHO's Role in Sector-Wide Approaches to Health Development*. CCO/06.1. CCO/06.1. <https://iris.who.int/handle/10665/69802>.
- WHO. 2016. 'Resource Guide on the Use of Health Technology Assessment in Health Benefit Package Design Processes'. <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/resource-guide-for-the-use-of-hta-and-hbp-design-processes>.
- WHO. 2017. *Domestic Resource Mobilization for Sustainable Financing for Health in Africa*. WHO. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-12/WHO_Report_AFR0_20_small.pdf.
- WHO. 2018. 'Millennium Development Goals (MDGs)'. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)).
- WHO. 2024a. *Aligning for Country Impact: 2024 Progress Report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376857/9789240094949-eng.pdf?sequence=1>.
- WHO. 2024b. *Progress towards Harmonization of Partners in the WHO African Region 2023*. WHO. <https://reliefweb.int/report/algeria/progress-towards-harmonization-partners-who-african-region-2023>.
- WHO. 2025a. 'Global Health Expenditure Database'. Global Health Expenditure Database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- WHO. 2025b. 'Health Impact Investment Platform'. <https://www.who.int/about/collaboration/health-impact-investment-platform>.
- WHO. 2025c. *Joint Evaluation of the Global Action Plan for Health Lives and Well-Being for All*. WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/evaluation-office/report_joint-evaluation-of-sdg3-gap_final_clean_9dec.pdf?sfvrsn=4b081706_78download=true.
- WHO. 2025d. *Responding to the Health Financing Emergency: Immediate Measures and Longer-Term Shifts*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240117587>.
- WHO. 2025e. *Strengthening Health Financing Globally*. Geneva. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_(16)-en.pdf).
- WHO. 2025f. 'The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All'. <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>.
- Witter, Sophie, Natasha Palmer, Rosemary Jouhaud, et al. 2025. 'Understanding the Political Economy of Reforming Global Health Initiatives—Insights from Global and Country Levels'. *Globalization and Health* 21 (1): 40. <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01129-0>.
- World Bank. 2023. *Open and Inclusive: Fair Processes for Financing Universal Health Coverage*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/39953>.

- World Bank. 2024a. *Financing Solutions for IDA-Eligible Countries*. World Bank. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/55f0632430a178e49216c36d4ed541c4-0340012024/original/Financing-Solutions-for-IDA-Eligible-Countries.pdf>.
- World Bank. 2024b. 'International Development Association Financing'. <https://ida.worldbank.org/en/ida-financing>.
- World Bank. 2024c. *Poverty, Prosperity, and Planet Report: Pathways Out of the Polycrisis*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-prosperity-and-planet>.
- World Bank. 2024d. *The Knowledge Compact for Action: Transforming Ideas into Development Impact*. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099041624093521233/pdf/BOSIB1f2e1cecb0ec184f314869b151f59d.pdf>.
- World Bank. 2025a. *Global Economic Prospects*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>.
- World Bank. 2025b. 'Health Works—Country Compacts'. Text/HTML. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/programs/health-works/country-reform>.
- World Bank. 2025c. 'International Development Association Lending Terms'. <https://ida.worldbank.org/en/financing/ida-lending-terms>.
- World Bank. 2025d. 'Political Stability and Absence of Violence/Terrorism: Percentile Rank'. <https://data.worldbank.org/indicator/PV.PER.RNK>.

Annexes

Annexe 1 : Passage en revue des initiatives de coordination au niveau des pays

Pour tirer parti des enseignements issus des initiatives de coordination, nous nous concentrons sur les principaux efforts au niveau mondial et national qui se sont employés à améliorer la coordination des bailleurs de fonds dans le financement de la santé dans les Tableaux A1 et A2, respectivement. Les initiatives ont été sélectionnées en fonction de leur préoccupation centrale en matière de financement de santé et de leur intention d'aligner le financement sur les priorités au niveau des pays. Au niveau mondial, plusieurs initiatives ont cherché à intégrer les principes de coordination par l'intermédiaire de partenariats élargis, de l'alignement institutionnel et de cadres communs. Le Partenariat international pour la santé (IHP+) est une initiative précurseure qui a rassemblé des gouvernements et des partenaires du développement pour promouvoir une action harmonisée en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS), principalement via des pactes nationaux et des outils de redevabilité partagée ('The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+)' 2009 ; UK Government 2007). Le Partenariat a été complété par diverses initiatives, y compris le réseau Providing for Health (P4H), axé sur la protection sociale en santé et le financement de la santé pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU), et par l'Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA, d'après son acronyme anglais) (Regional Committee for Africa 2008 ; WHO 2024b), un mécanisme régional de coordination du soutien technique et financier dans les pays africains qui a également été relancé en 2017 (Regional Committee for Africa 2024). Avec le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux objectifs de développement durable (ODD), IHP+ est devenu CSU2030. Tout en conservant les principes de l'IHP+, l'initiative a élargi ses partenariats et son champ d'action pour soutenir le renforcement des systèmes de santé (RSS) au service de la couverture sanitaire universelle (CSU) et lancer un « Pacte mondial » renouvelé pour promouvoir la collaboration entre les différents acteurs (UK Government 2007). Le Plan d'action mondial de l'ODD3 a coordonné 13 agences multilatérales pour fournir un soutien commun aux pays et réaliser des progrès sur les domaines thématiques, notamment un sur le financement durable. Ces efforts mondiaux reflètent une ambition continue d'aligner les efforts et de maintenir une dynamique pour encourager la collaboration dans l'ensemble de l'écosystème de la santé mondiale.

Au niveau des pays, les initiatives similaires à celles des pactes ont cherché à permettre aux gouvernements bénéficiaires d'une aide de diriger les efforts de financement de la santé nationale. Les approches sectorielles (AS) visaient à s'éloigner des projets de bailleurs de fonds fragmentés pour se diriger vers une politique du secteur de la santé intégrée sous l'égide d'un leadership gouvernemental englobant la planification, la budgétisation et le suivi. Ce modèle cherchait à aligner l'ensemble du financement pour la santé derrière un seul cadre de dépenses. Découlant de l'IHP+ et de la CSU2030, les pactes nationaux impliquent des accords formalisés conclus entre les gouvernements, les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes pertinentes pour aligner le soutien et les plans nationaux. Ces pactes avaient pour objectif d'améliorer la prévisibilité, la redevabilité et la coordination. Un modèle opérationnel notable est l'initiative Un plan, un budget, un rapport en Éthiopie, qui a créé un cadre de planification, de suivi et de mobilisation des ressources commun à tous les acteurs du secteur de la santé. Promue par le Mécanisme de financement mondial (MFM), l'initiative illustre une des manières dont les principes similaires à ceux des pactes peuvent être institutionnalisés via les systèmes nationaux grâce au leadership gouvernemental et à l'alignement des bailleurs de fonds.

Ensemble, ces initiatives de niveau mondial ou national reflètent un engagement à améliorer la coordination, lutter contre la fragmentation et encourager l'appropriation par les pays, qui peut prendre des formes différentes, mais qui est néanmoins partagé.

TABLEAU A1. Enseignements tirés des initiatives de coordination mondiales

Initiative	Brève description	Objectifs	Réalisations et bénéfices	Difficultés	Évaluation formelle
Le partenariat international pour la santé (IHP+) ('The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) 2009 ; UK Government 2007)	<p>Une initiative mondiale qui promeut une approche horizontale vis-à-vis du renforcement des systèmes de santé en développant les capacités des systèmes et des services de santé des pays bénéficiaires. Ce partenariat encourage l'amélioration de la coordination entre les bailleurs de fonds, les gouvernements et les autres parties prenantes via des mécanismes tels que les pactes nationaux, qui encouragent l'action harmonisée et alignée sur les stratégies de santé nationale.</p> <p>Le « + » fait référence à son rôle dans le rassemblement d'initiatives complémentaires telles que le réseau P4H, HHA, le FAR, Deliver Now for Women and Children, le HMN ou la GHWA, qui, collectivement, visaient à accélérer les progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé en s'appuyant sur des efforts harmonisés et des principes partagés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point des pactes nationaux qui engagent les partenaires à un financement pérenne et prévisible et à un alignement sur les plans de santé nationale. • Renforcer l'harmonisation et la coordination entre les bailleurs de fonds, les gouvernements, la société civile et les autres parties prenantes. • Produire et diffuser des connaissances techniques, des outils et des orientations pour le renforcement des systèmes de santé. • Améliorer l'efficacité et l'efficience de la fourniture de l'aide dans le domaine de la santé. • Assurer la redevabilité mutuelle par des mécanismes de suivi et d'évaluation des performances. • Faciliter les partenariats entre les principaux bailleurs de fonds, les gouvernements bénéficiaires et les autres acteurs clés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à une culture de la redevabilité par l'intermédiaire des pactes de pays. • Mise au point d'outils de planification harmonisés. • Coordination de partenariats entre les principaux bailleurs de fonds, le groupe Health 8 (H8), les gouvernements de pays bénéficiaires, la société civile et d'autres institutions centrales de la santé mondiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'alignement des fonds des bailleurs de fonds. • Engagement rarement pérenne. • Redevabilité limitée à la signature de pactes mondiaux ou nationaux mais caractère limité de l'investissement en ressources et/ou d'un réel changement comportemental. 	<p>Évaluation menée par le Consortium IHP+ Results (Labonte and Marriott 2010 ; Shorten and Conway 2015) en 2010 ; évaluation rapide indépendante menée en 2016 (Ofosu et al. 2016).</p>
Le réseau Providing for Health (Providing for Health) (P4H Network 2023)	<p>Un réseau mondial dont la mission est de promouvoir, de développer et de renforcer les échanges et la collaboration pour faire progresser la CSU via la protection sociale en santé et le financement de la santé. Lancé lors du sommet du G8 de 2007 à Heiligendamm, en Allemagne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un engagement de haut niveau et plurisectoriel en faveur du financement de la CSU, en donnant une place centrale aux ressources intérieures. • Appuyer les réseaux locaux fonctionnels pour leur permettre d'évaluer les besoins, de partager leurs connaissances et de coordonner leurs efforts. • Promouvoir un soutien cohérent et aligné sur les pays via une assistance technique commune et des outils de connaissances mondiaux. • Collaborer avec les réseaux de CSU connexes pour maximiser les synergies. • Encourager l'innovation dans la protection sociale en santé et le financement de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un complément aux efforts de l'IHP+. • Appui à la mobilisation des ressources intérieures et la protection financière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fait souvent doublon avec d'autres initiatives. • Coordination parfois limitée. 	<p>Évaluation pilote en 2023-2024 ; nous n'avons pas trouvé de résultats disponibles publiquement en ligne (hera 2024).</p>

(Suite)

TABLEAU A1. (Suite)

Initiative	Brève description	Objectifs	Réalisations et bénéfices	Difficultés	Évaluation formelle
CSU2030 (UHC2030 2025b)	En réponse au passage des OMD aux ODD en 2015, l'IHP+ a élargi son périmètre pour appuyer le RSS en vue de parvenir à la CSU. Il a fondé la CSU2030, qui promeut la coordination entre les partenaires et les initiatives autour du RSS, proposant des outils et approches pratiques pour accroître la collaboration. Les partenaires signent un Pacte mondial pour s'engager.	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et pérenniser une dynamique politique autour d'une vision mondiale unifiée en matière de CSU. • Plaider en faveur d'un financement suffisant, ciblé et coordonné pour appuyer le renforcement des systèmes de santé. • Renforcer les mécanismes de redevabilité pour suivre les progrès dans la réalisation des objectifs de la CSU et de l'ODD 3. • Favoriser une meilleure coordination dans les pays bénéficiant d'une aide extérieure en encourageant la conformité avec les principes et la pratique de l'IHP+. 	Non communiqué	Non communiqué	Information introuvable
Le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, ou Plan d'action mondial pour la réalisation de l'ODD 3 (PAM ODD3) (WHO 2024a)	Un accord entre 13 agences multilatérales : Gavi, le MFM, l'OIT, le Fonds mondial, l'ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, Unitaïd, ONU-Femmes, la Banque mondiale, le PAM et l'OMS. Il repose sur le principe selon lequel le renforcement de la collaboration entre ces agences mène à l'amélioration des résultats de santé, par l'intermédiaire d'un soutien plus cohérent et aligné aux priorités et plans nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'engagement des pays pour identifier les priorités de manière conjointe et mettre au point ensemble des plans de mise en œuvre. • Accélérer les progrès par une action commune portant sur sept accélérateurs thématiques, y compris le financement de la santé durable. • Améliorer l'alignement en harmonisant les stratégies, politiques et approches opérationnelles et financières dans les différentes agences. • Promouvoir la redevabilité mutuelle par l'intermédiaire de bilans des progrès conjoints, d'un apprentissage partagé et d'un suivi des performances transparent. 	En 2024, l'approche a été mise en œuvre dans 69 pays ; les études de cas des pays montrent un renforcement de l'engagement impliquant une collaboration plus étroite conformément aux priorités nationales.	Les mécanismes de redevabilité existants, y compris les organes de gouvernance des agences signataires, ne possèdent ni l'autorité ni les incitations nécessaires pour favoriser une collaboration effective dans l'ensemble de l'écosystème de la santé plus large, privant le PAM d'un réel pouvoir d'exécution.	Évaluation indépendante menée en 2025 (WHO 2025c)
Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA, d'après son acronyme anglais) (WHO 2024b ; Regional Committee for Africa 2008)	Un mécanisme régional qui rassemble 14 partenaires bilatéraux et multilatéraux pour coordonner le soutien technique et financier au renforcement des systèmes de santé en Afrique. Le programme HHA appuie les efforts de développement menés par les pays dans des domaines clés tels que la gouvernance, le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé, les infrastructures, les TIC, les médicaments, les chaînes d'approvisionnement et la prestation de services.	<ul style="list-style-type: none"> • Aligner le soutien des partenaires sur les priorités de pays tout en promouvant l'harmonisation, l'alignement, l'inclusivité et la redevabilité. • Renforcer les systèmes de santé conformément à la Déclaration de Paris et accélérer le progrès dans la réalisation des objectifs de développement liés à la santé. 	Appui d'au moins 18 pays dans la mise au point ou le passage en revue des éléments suivants : cadres de dépenses à moyen terme, cartographie des bailleurs de fonds, examens des coûts et des budgets, plans du secteur de la santé, AS, documents stratégiques de réduction de la pauvreté, cadres de résultats communs et plans de développement des ressources humaines.	Non communiqué. Le mécanisme HHA n'a pas fait l'objet d'une évaluation claire, et à part la mention de son relancement en 2017 (Regional Committee for Africa 2024), sa durabilité n'a pas été décrite de manière très détaillée à notre connaissance.	Information introuvable

Notes : P4H : Providing for Health ; HHA : Harmonisation pour la santé en Afrique ; FAR : financement axé sur les résultats innovants ; HMN : Réseau de métrologie sanitaire ; GHWA : Global Health Workforce Alliance ; OMD : objectifs du Millénaire pour le développement ; ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; PNUD : Programme des Nations unies pour le développement ; OIT : Organisation internationale du travail ; FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population ; PAM : Programme alimentaire mondial.

TABLEAU A2. Les enseignements tirés des initiatives de coordination du financement de la santé au niveau des pays

Initiative	Brève description	Objectifs	Réalisations et bénéfices	Difficultés	Évaluation formelle
Approches sectorielles (SA) (WHO 2006 ; Foster et al. 1999 ; OECD 2006)	Des initiatives qui visent à s'éloigner des projets fragmentés et menés par les bailleurs de fonds pour se diriger vers un soutien coordonné à une stratégie dirigée par le gouvernement et sectorielle. Elles se définissent par l'alignement de tous les bailleurs de fonds et des partenaires de financement derrière un seul cadre sectoriel de politique et de dépenses sous l'égide du gouvernement, l'adoption d'approches harmonisées dans l'ensemble du secteur et l'utilisation croissante des procédures gouvernementales pour décaisser pour tous les fonds et les justifier.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'appropriation par les pays et leur leadership. • Réduire les doublons et la volatilité au niveau de l'aide. • Améliorer l'efficacité de l'aide et l'harmonisation parmi les bailleurs de fonds. 	Plus de 30 pays ont mis en œuvre des AS, avec une amélioration de la coordination et de la capacité dans certains pays.	Hétérogénéité de l'adhésion des bailleurs de fonds, faible intégration des programmes verticaux, problèmes avec les systèmes de bailleurs de fonds parallèles et tendance à se concentrer sur l'expansion des prestations de santé sans accent concomitant mis sur l'amélioration de l'efficacité.	Examen des études de cas et des expériences des pays (Foster et al. 1999 ; Vaillancourt 2009), mais aucune évaluation indépendante formelle trouvée.
Pactes nationaux (UHC2030 2025a)	Initiatives de l'IHP+, les pactes de pays ou pactes nationaux sont des accords limités dans le temps qui sont négociés conjointement et signés par les partenaires clés. Ils exposent leur engagement à mettre en œuvre et à appuyer les priorités de santé nationale décrites dans la stratégie de santé du pays concerné. Les signataires peuvent inclure des entités gouvernementales, la société civile, le secteur privé, des partenaires de développement bilatéraux ou multilatéraux, des acteurs non étatiques locaux et d'autres parties prenantes. Par le Nouveau pacte, toutes les parties conviennent que les investissements actuels comme futurs s'aligneront sur la stratégie de santé nationale. Exemples du Cameroun, du Liberia et de la Côte d'Ivoire (Republic of Cameroon, Ministry of Public Health 2023 ; UHC2030 2017a, 2017b).	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un cadre destiné à guider les investissements. • Augmenter le volume et renforcer l'efficacité des investissements de santé. • Accélérer les progrès vers la concrétisation des priorités et objectifs de santé nationale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du consensus et de l'appropriation par les pays en matière de stratégies de santé nationale. • Amélioration de la coordination, du dialogue et de la confiance entre les gouvernements, les parties prenantes et les partenaires de développement. • Amélioration de l'alignement et de la redevabilité et une place plus centrale accordée aux résultats de santé, y compris les objectifs nationaux et mondiaux. • Soutien à un financement plus prévisible et de long terme dans certains contextes. • Une meilleure transparence et une réduction des coûts de transaction dans la gestion de l'aide au développement. • Les pré-pactes peuvent servir de tremplins utiles vers des accords plus robustes et formels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation limitée des signataires : les principaux bailleurs de fonds (par exemple le FMLSTP, les États-Unis et la Chine), bien souvent, ne signent pas, ce qui limite l'efficacité et augmente les coûts de transaction. • Contenu excessivement large : les pactes peuvent être ambitieux, avec des objectifs et indicateurs peu clairs ou pas mesurables. • Non-satisfaction des attentes en matière de financement : certains ministères s'attendaient à des financements supplémentaires via les Pactes, ce qui a rarement eu lieu. • Faiblesse de l'établissement de rapports et des indicateurs : de nombreux indicateurs ne font pas l'objet d'un suivi ou ne sont pas pertinents pour les priorités de pays. • Difficultés liées au leadership : dans certains cas, les Pactes sont dirigés par les partenaires plutôt que par les gouvernements, ce qui joue sur l'appropriation et la durabilité. 	Un examen de synthèse mené en 2012 (Taylor and Dolea 2012) ; des orientations d'évaluation mises au point par l'IHP+ et l'OMS 2025c, mais aucune évaluation indépendante trouvée.

(Suite)

TABLEAU A2. (Suite)

Initiative	Brève description	Objectifs	Réalisations et bénéfices	Difficultés	Évaluation formelle
Un plan, un budget, un rapport	Une initiative d'harmonisation et d'alignement lancée à l'origine dans le cadre d'une feuille de route dans le secteur de la santé en Éthiopie (Waddington et al. 2012). Dans ce contexte, tous les plans et les budgets des parties prenantes visent à être reflétés dans un plan stratégique, qui est ensuite décomposé en plans annuels. La mise en œuvre est ensuite suivie à l'aide d'un ensemble d'indicateurs et de formats d'établissement de rapports convenus.	Toutes les parties prenantes collaborent et sont alignées en matière de politiques de planification et de mise en œuvre, de stratégies et de priorités en appui aux plans nationaux et aux stratégies nationales orientés sur les résultats.	<ul style="list-style-type: none"> • Alignement entre toutes les parties prenantes qui travaillent dans le secteur de la santé nationale. • Les pays jouent un rôle plus actif dans la conception de politiques de développement et un rôle de leadership plus marqué dans la coordination de l'aide. • Création d'une redevabilité mutuelle et alignement des efforts pour un renforcement de l'impact global. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés pour garantir la présence de toutes les parties prenantes autour de la table et un accord concernant le plan unique. • Nécessité d'avoir une masse critique de personnes qui expriment la vision, qui y croient et qui agissent pour la concrétiser. • L'engagement des bailleurs de fonds n'est souvent pas pérenne. 	Introuvable, mais on peut considérer que des évaluations ou des examens figurent dans les « Pactes de pays ».

Notes : FMLSTP : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; IHP+ : Partenariat international pour la santé.

Annexe 2 : Examen des cadres d'allocation des ressources des bailleurs de fonds

Nous avons délibérément choisi six agences en fonction de l'allocation de financements totale et du type de bailleur de fonds (Tableau A3) (Global Financing Facility 2023 ; Institute for Health Metrics and Evaluation 2023). Le financement du gouvernement des États-Unis a connu en 2025 d'importantes réductions. L'ADS totale demeure peu claire mais a tout de même été incluse dans l'examen. Pour chaque agence, nous avons identifié la version la plus récente des documents de politique ou de stratégie pertinents qui décrivent le cofinancement, le renforcement des systèmes de santé, l'éligibilité et la transition, ou le financement de la santé mondiale plus largement. Les documents de politique ont été prioritaires car ils apportent davantage d'éclairages sur les exigences pour l'allocation des ressources ; lorsque ceux-ci n'étaient pas disponibles publiquement, des documents de stratégie ou de termes de référence ont été utilisés. La pertinence vis-à-vis du Nouveau pacte, les opportunités et les obstacles ont été identifiés à partir de l'alignement sur les trois piliers fondamentaux, en analysant si les principes suivants avaient une place centrale dans le document : la détermination des priorités éclairée par des données probantes, ou une place centrale accordée aux preuves et aux données pour diriger la prise de décisions ; le renforcement des systèmes de santé ou une couverture sanitaire universelle qui va au-delà de la programmation verticale ; un leadership et une appropriation du financement de la santé nationale qui donnent priorité aux pays plutôt que des décisions dirigées par les bailleurs de fonds ; et une mobilisation des ressources intérieures (MRI) ou des incitations adressées aux pays pour financer les services de santé fondamentaux. Le Tableau A3 synthétise les documents d'agences pertinents, les objectifs globaux, la pertinence des politiques vis-à-vis des principes du Nouveau pacte et les opportunités et obstacles pour le Nouveau pacte.

TABLEAU A3. Cartographie des principaux cadres de politiques et documents de stratégie des bailleurs de fonds pour l'allocation des ressources et les complémentarités du Nouveau pacte

Bailleur de fonds (ADS communiquée en 2023)*	Politique ou cadre	Description et objectifs	Pertinence pour le Nouveau pacte	Opportunités et obstacles	Date de publication
Initiatives multilatérales pour la santé					
Gavi (2,50 milliards de dollars des É.-U.)	Politique de cofinancement (Gavi 2022a)	Expose les procédures régissant le cofinancement par les pays des vaccins soutenus par Gavi, exigeant de tous les pays bénéficiaires qu'ils cofinancent une partie du coût des vaccins soutenus par Gavi. Vise à renforcer le financement par les pays des vaccins soutenus par Gavi afin de permettre une transition fluide pour sortir du soutien de Gavi et renforcer les processus nationaux d'approvisionnement en vaccins. Pour les pays qui en sont au début du processus, l'initiative se concentre sur le renforcement de l'appropriation par les pays et le développement de capacités d'approvisionnement.	S'aligne sur les efforts visant à faire progresser la mobilisation des ressources inférieures via le cofinancement, intègre le cofinancement aux objectifs de transition et s'axe sur l'appropriation par les pays. Diverge toutefois du Nouveau pacte en ce que le cofinancement n'est pas plus élevé pour les vaccins plus prioritaires.	Opportunités : incite au financement domestique et au soutien complémentaire des bailleurs de fonds en raison de l'accent mis sur le cofinancement et la transition ; les copaiements pourraient potentiellement être sujets à une réduction progressive pour s'aligner sur les principes du Nouveau pacte. Obstacles : privilégie actuellement les bailleurs de fonds par rapport aux priorités locales, avec des allocations non flexibles préaffectées aux vaccins soutenus par Gavi plutôt qu'une priorisation des services de santé dirigés par les pays ; complexité élevée dans les calculs de cofinancement et l'opérationnalisation des exigences.	2025
	Politique de renforcement des systèmes de santé et de l'immunisation (HSIS, d'après son acronyme anglais) (Gavi 2022c)	Appuie le renforcement des systèmes de santé pour améliorer la couverture et l'équité en matière d'immunisation (cela inclut les chaînes d'approvisionnement, les systèmes de données, etc.).	S'aligne sur le renforcement des systèmes pour la durabilité. Diverge si elle est mise en œuvre en silo par rapport aux priorités de santé plus larges.	Opportunités : intègre l'immunisation dans le RSS ; est fondée sur des principes centrés sur une approche équitable, dirigée par les pays et personnalisée (met en avant l'atteinte des enfants zéro dose et l'adaptation aux besoins des contextes fragiles) ; tient compte de la nécessité de renforcer les SSP, et non de remplacer ou de dupliquer les investissements domestiques ; et trouve des synergies avec d'autres bailleurs de fonds. Obstacles : risque de programmation verticale, mise en œuvre fragmentée, limitée aux systèmes d'immunisation.	2017 à 2023
	Politique d'éligibilité et de transition (Gavi 2022b)	Présente les critères qui déterminent les pays qui peuvent accéder au soutien de Gavi en fonction des seuils de RNB. La politique encourage les gouvernements des pays soutenus par Gavi à contribuer au coût des nouveaux vaccins, favorisant une plus grande appropriation par les pays du financement des vaccins. Elle aide également les pays à planifier des programmes d'immunisation durables au niveau financier au moment où ils se préparent à la transition pour quitter définitivement le financement de Gavi.	S'aligne sur les principes du financement et de la planification de la transition menés par les pays et personnalisés en fonction du contexte. Diverge car s'appuie fortement sur les indicateurs du RNB.	Opportunités : assure la protection des transitions pluriannuelles, alloue des financements à la planification de la transition et à l'action menées par les pays en plus des programmes d'immunisation, offrant des possibilités de considérer des fonctions de RSS. Obstacles : manque de nuance concernant les différences au niveau des pays s'agissant de leur préparation à la transition et de leur capacité à financer de nouveaux vaccins (par exemple contraintes fiscales), met l'accent sur l'impact le plus important pour les financements de Gavi plutôt que sur l'impact le plus élevé pour le financement des services de santé dans leur ensemble.	2025

(Suite)

TABLEAU A3. (Suite)

Baillleur de fonds (ADS communiquée en 2023)*	Politique ou cadre	Description et objectifs	Pertinence pour le Nouveau pacte	Opportunités et obstacles	Date de publication
FMLSTP (5,49 milliards de dollars É.-U.)	Politique de durabilité, de transition et de cofinancement (The Global Fund 2024b)	Visé à promouvoir le financement domestique, la préparation à la transition et le cofinancement afin de pérenniser les programmes liés à des maladies et le secteur de la santé. L'éligibilité est en théorie déterminée en fonction de maladies spécifiques et des recettes. Toutefois, l'analyse des ratios des dépenses des gouvernements vs du FMLSTP révèle que la mise en œuvre de cet aspect pourrait différer, avec des niveaux de cofinancement qui « varient de manière idiosyncratique en fonction du pays et du programme de maladie » (Susan Sparkes et al. 2024)	S'aligne sur la planification de la transition, le cofinancement et la MRI. Diverge dans l'accent qui est mis sur une maladie spécifique, faible adoption du RSS.	Opportunité : les pays dirigent la mise au point de stratégies et de propositions nationales concernant la manière dont le soutien du FM supplémentaire pourrait appuyer ces objectifs ; développe et détaille davantage les intentions de financement pour le RSS avec un alignement sur le Nouveau pacte ; étudie l'intention de nouer un partenariat avec Gavi et d'autres bailleurs de fonds pour un cofinancement collaboratif (principe 18 g) ; l'accent mis sur des maladies spécifiques (le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose) contribue aux silos ou à la fragmentation ; malgré des intentions de conformité la redevabilité est faible dans la manière dont la politique rend compte des allocations.	2023 à 2028
	Politique d'éligibilité (The Global Fund 2024a ; Gavi 2022c).	Présente les seuils du RNB et de la charge des maladies pour l'éligibilité et la transition.	Visé à garantir l'allocation des fonds à ceux qui en ont le plus besoin, ce qui souligne la place centrale accordée à l'équité. Diverge dans l'accent mis sur des maladies spécifiques et ne s'appuie pas sur une approche de détermination des priorités éclairée par des données probantes.	Opportunité : concrétiser l'intention de mettre l'accent sur l'équité grâce à une détermination des priorités éclairée par des données probantes. Obstacle : éligibilité des pays largement guidée par les domaines d'intérêts liés à trois maladies.	2024
Banques multilatérales de développement					
MFM, Banque mondiale (2,50 milliards de dollars des É.-U.)	Stratégie de financement de la santé (Global Financing Facility 2023)	Inclut des objectifs d'augmentation de l'efficacité de la MRI et de l'équité, mettant en avant les SSP et la CSU. La direction stratégique inclut le renforcement du leadership des pays et la construction de systèmes de financement de la santé plus résilients, équitables et durables.	S'aligne sur la priorisation et l'efficacité des SSP et un agenda de RSS. Priorisation des réformes liées à la MRI, à l'efficacité et à la protection financière. Inclut des ICP pour : l'utilisation de données probantes pour la hiérarchisation des ressources dans le cadre du renforcement du leadership des pays, l'alignement des bailleurs de fonds via un modèle de la maturité de l'alignement, les réformes du financement de la santé, la MRI et les réformes du financement des produits de base.	Opportunités : lie les financements aux résultats, promeut l'acheminement des fonds vers les services de santé conformément à leurs principes fondamentaux. Utilise le Joint Learning Agenda (JLA) on Health Financing and Universal Health Coverage (« Agenda d'apprentissage partagé du MFM sur le financement de la santé et la couverture sanitaire universelle ») pour trouver des complémentarités en vue de l'application du Nouveau pacte. Obstacles : suivi et établissement de rapports utilisant beaucoup de données, limitée aux services de santé et de nutrition reproductives, maternelles, néonatales, infantiles et adolescentes.	2022
IDA, Banque mondiale (2,16 milliards de dollars É.-U.)	Solutions de financement pour les pays éligibles à l'IDA ; Conditions de prêt de l'IDA ; Termes de référence de l'IDA (World Bank 2024a, 2024b, 2025c)	Décrit l'éligibilité des pays bénéficiaires aux allocations de financement de l'IDA à partir de leur niveau de recettes, des archives des réussites passées et des projets en cours avec l'IDA. N'inclut que les options de financement d'anticipation et mixte liées à l'IDA.	Dispositions de financement mixte différenciées en fonction du progrès des pays, avec des objectifs en place pour une transition fluide au fil du temps.	Opportunité : identifier les alignements sur le Pacte pour le savoir au service de l'action de la Banque mondiale et l'approche pour le nouvel objectif de santé de « fournir des services de santé de qualité et abordables à 1,5 milliard de personnes d'ici 2030 ».	2024

(Suite)

TABLEAU A3. (Suite)

Bailleur de fonds (ADS communiquée en 2023)*	Politique ou cadre	Description et objectifs	Pertinence pour le Nouveau pacte	Opportunités et obstacles	Date de publication
Bailleurs de fonds d'amont					
FCDO du Royaume-Uni (3,67 milliards de dollars É.-U.)	Cadre pour la santé mondiale (UK Government 2023)	Expose une approche intergouvernementale vis-à-vis de la santé mondiale pour répondre à quatre objectifs : accroître la sécurité sanitaire mondiale, réformer l'architecture de la santé mondiale, renforcer les systèmes de santé nationaux et faire progresser le leadership du Royaume-Uni en matière de science et de technologie. Met en avant la préparation, la collaboration et la réduction des financements de programmes verticaux. Fait référence au document de synthèse sur le renforcement des systèmes de santé (UK FCDO 2021) pour des informations plus détaillées sur la position de l'institution.	Alignement marqué sur le RSS, la CSU et la MRI. Favorise les approches intégrées à l'échelle du système et les partenariats de long terme.	Opportunité : alignement thématique fondamental dans lequel l'application du cadre du Nouveau pacte pourrait compléter les objectifs stratégiques, l'exemple de la fourniture d'un financement flexible à l'OMS pourrait être traduit à d'autres initiatives de financement. Obstacle : compte tenu des nombreux domaines d'intérêt présentés dans le document : contraintes sur le budget d'APD, volatilité politique et mutation des priorités du FCDO, l'accent sur le RSS et les réformes de la santé mondiale pourrait être dilué ou pas aussi prioritaire pour le FCDO (y compris le soutien aux efforts similaires à ceux du Nouveau pacte).	2023 à 2025
Allemagne (BMZ) (5,29 milliards de dollars É.-U.)	Stratégie pour la santé mondiale (Bundesministerium für Gesundheit, The Federal Ministry of Health 2020)	Donne priorité au RSS, à la CSU et à la MRI. Se centre sur le financement de la santé en tant que domaine politique clé pour le RSS.	S'aligne sur les principes du RSS et de la MRI. Aide les ISM à opérer la transition des structures verticales aux structures horizontales et contribue à leur intégration dans les systèmes de santé nationaux pour s'adapter aux besoins des pays. Promeut le PAM ODD3.	Opportunités : tirer parti de la coordination du PAM ODD 3 et de l'appui sur les ISM pour exécuter la stratégie de l'institution. Obstacles : peu clair sur les éclairages opérationnels ou la manière dont le financement de la santé sera prioritaire et dont le RSS sera mis en œuvre.	2023
US Department of State	La Stratégie de santé mondiale « America First » (US Department of State 2025)	Redirige l'aide mondiale des États-Unis dans le domaine de la santé depuis les ONG et les agences multilatérales vers des accords bilatéraux limités dans le temps avec des gouvernements, ce qui nécessite un co-investissement et des comparaisons des performances tout en réduisant le financement des États-Unis au fil du temps.	S'aligne sur les idées d'appropriation par les pays, de priorité donnée au financement domestique et de passage de projets fragmentés à des projets dirigés par les gouvernements et liés à des résultats mesurables. Diverge dans l'accent mis sur l'éloignement de l'aide bilatérale du multilatéralisme.	Opportunités : utilise les accords bilatéraux des États-Unis comme des véhicules pratiques par lesquels les principes du Nouveau pacte pourraient guider la mise en œuvre ; intègre la DPEDP aux données et aux indicateurs de performance ; organise le cofinancement domestique, les gouvernements des pays finançant les services fondamentaux. Obstacles : la préférence marquée pour les canaux bilatéraux au détriment des canaux multilatéraux affaiblit les financements pluri-partenaires communs et prévisibles et la détermination de priorités conjointe au niveau des pays ; des changements drastiques ont été apportés au statu quo mais sans prévoir de période de transition pour rendre opérationnels le changement et l'intégration, ou pour permettre aux gouvernements d'absorber les coûts du retrait progressif du soutien des États-Unis.	2025

Notes : *Ce tableau inclut les deux bailleurs de fonds en tant que tels (gouvernements souverains ou institutions philanthropiques qui fournissent l'aide au développement d'origine) ainsi que les intermédiaires ou agences qui allouent ou qui gèrent des fonds pour le compte des bailleurs de fonds. L'ADS du gouvernement des États-Unis fournie est exclue en raison des coupes budgétaires considérables de 2025. Total de l'ADS dépensée en 2023, selon les estimations = 64,6 milliards de dollars É.-U. (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2023). Il convient de noter que les deux bailleurs de fonds bilatéraux fournissent des fonds au FMLSTP, à Gavi et au MFM et qu'à ce titre, il est attendu que les fonds se recourent. ADS : aide au développement pour la santé ; MRI : mobilisation des ressources intérieures ; PAM : Plan d'action mondial ; ISM : initiatives pour la santé mondiale ; FMLSTP : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; MFM : Mécanisme de financement mondial ; RSS : renforcement des systèmes de santé ; SSP : soins de santé primaires ; CSU : couverture santé universelle ; SMI : santé maternelle et infantile.

Annexe 3 : Cadre permettant aux pays d'évaluer les facteurs de réussite de la mise en œuvre du Nouveau pacte

TABLEAU A4. Cadre permettant aux pays d'évaluer les facteurs de réussite de la mise en œuvre du Nouveau pacte

Domaine	Sous-domaine	Indicateurs	Source des données
Le contexte politique et économique	Environnement politique : a) Stabilité politique et sécurité	Rapport mondial de la Banque mondiale sur l'indice de la stabilité politique et de la sécurité. Cet indice couvre une plage allant de - 2,5 (faible stabilité politique) à 2,5 (forte stabilité politique).	Indicateurs de la gouvernance mondiale
	Environnement politique : b) Volonté et engagement politiques	Niveau de priorité donné à la santé dans les politiques, stratégies et cadres juridiques nationaux.	Étude documentaire des principales politiques de développement et cadres juridiques nationaux ; évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)
		Part allouée au budget de la santé des dépenses gouvernementales totales, et tendance.	Données du CNS
	Environnement macroéconomique : capacité fiscale	Taux de croissance par habitant du PIB annuel, et tendance.	Indicateur du développement dans le monde de la Banque mondiale
La gouvernance et la coordination	Mécanismes d'engagement et de coordination des parties prenantes	Disponibilité de mécanismes fonctionnels de coordination des parties prenantes et niveau de participation et de transparence <ul style="list-style-type: none"> • Institutions publiques • Bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre • OSC • Association • Secteur privé 	Évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)
Le financement de la santé	MRI personnalisée pour le financement des services ultra-prioritaires	Disponibilité d'une stratégie de MRI	Évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)
		Dépenses de santé totales (DST) par habitant	Données du CNS
		Part du financement par les bailleurs de fonds des DST	
		Part des dépenses du gouvernement dans les DST	
Part du paiement CP des DST			
	La mutualisation et le niveau de fragmentation	Le niveau de coordination dans les flux de financement issus de différentes sources de recettes (par exemple : budget général, assurance de sécurité sociale, assurance santé communautaire et financement des bailleurs de fonds) et leur complémentarité dans l'exécution de plans sectoriels et la prestation d'ensembles de services prioritaires.	Étude documentaire et évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)

(Suite)

TABLEAU A4. (Suite)

Domaine	Sous-domaine	Indicateurs	Source des données
La détermination des priorités éclairée par des données probantes (DPEDP)	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance et leadership pour la DPEDP Production et utilisation de données probantes sur l'économie de la santé Disponibilité de fonds suffisants pour la DPEDP Engagement des parties prenantes 	<p>Échelle de progression de l'IDSI pour l'institutionnalisation de la détermination des priorités éclairée par des données probantes (iProSE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Structures organisationnelles pour la production de données probantes Structures organisationnelles pour l'interprétation des données probantes Des liens formels avec la prise de décisions sont établis Financement public pour appuyer ces processus Des infrastructures souples sont en place pour soutenir les points des sous-domaines 1 et 2 ci-dessus Les parties prenantes pertinentes participent au processus de DPEDP 	Étude documentaire et évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)
La gestion des finances publiques (GFP)	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration, exécution et suivi du budget Alignement de la GFP avec les fonctions de financement de la santé, la prestation de services et les objectifs en matière de CSU. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiabilité et prévisibilité du budget Taux d'exécution Suivi et contrôle des dépenses Alignement de la GFP sur les services de santé prioritaires et les objectifs en matière de CSU des pays 	<p>Étude documentaire des documents de planification et de budgétisation du gouvernement et des autres sources disponibles au public (par exemple : PEFA, examens périodiques électoraux, évaluation fiduciaire, examens du secteur de la santé).</p> <p>Entretien qualitatif et délibération d'experts.</p> <p>Le module sur la GFP de l'OMS peut être utilisé comme un cadre primaire et augmenté par « FinHealth : PFM in Health Toolkit » (« Boîte à outils sur la finance de la santé : la GFP dans la santé ») de la Banque mondiale ou l'« approche axée sur les problèmes vis-à-vis des défis en matière de GFP dans la prestation de services de santé » de l'UNICEF pour accéder à une analyse des causes profondes des facteurs de GFP qui entravent la prestation de services de santé.</p>
La coordination des bailleurs de fonds et la préparation à la transition	Harmonisation des bailleurs de fonds	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de cadres d'harmonisation des bailleurs de fonds et niveau de planification, de programmation et d'établissement de rapports conjoints Support intégré au budget national ou mutualisation des ressources communes pour financer le plan sectoriel Utilisation du système de pays 	Évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)
	Préparation des bailleurs de fonds à la transition vers des programmes soutenus	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'un plan de transition pour les bailleurs de fonds Capacité de RH Capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement Capacités du système d'information sur la santé 	Évaluation qualitative (entretien avec un-e informateur-riche clé et délibérations d'experts)

Notes : OSC : organisation de la société civile ; MRI : mobilisation des ressources intérieures ; CNS : compte national de santé ; CP : à la charge du patient