



L'observateur  
indépendant  
du Fonds mondial

## Observateur du Fonds mondial

### LETTRE D'INFORMATION

Numéro 64 : 29 mars 2018

OFM est une lettre d'information indépendante du Fonds mondial.

[OFM en direct >>](#)

[Site Aidspan >>](#)

[Contactez-nous >>](#)

#### AU SOMMAIRE :

1. ACTUALITÉS : [Le Fonds mondial déduit 170,6 millions de dollars de la somme allouée au Nigeria pour 2014/2016](#)

**PAR DAVID GARMAISE**

Le Nigeria n'ayant pas respecté ses exigences de financement de contrepartie pour 2014/2016, le Fonds mondial retient 15 % de la somme de 1,1374 milliard de dollars allouée au Nigeria, ce qui revient à 170,61 millions de dollars. Ce montant a été déduit des dix subventions actives du Nigeria. Pour mettre les choses en perspective, 170,61 millions de dollars est plus que la somme totale allouée à la majorité des pays.

2. ACTUALITÉS : [Exemple de réussite : les subventions du Fonds mondial au Burkina Faso affichent une augmentation significative des taux d'absorption](#)

**PAR DAVID GARMAISE**

Le Burkina Faso a amélioré le taux d'absorption de ses subventions du Fonds mondial de 67 % il y a quelques années à 94 % fin 2017. La mauvaise absorption est un problème persistant qui affecte de nombreuses subventions en Afrique occidentale et centrale. Un atelier de grande envergure organisé en novembre 2015 a mené à la mise en œuvre de plans d'action détaillés en vue de lever les obstacles entravant la pleine absorption des crédits.

3. ACTUALITÉS : [Le Fonds mondial publie sa nouvelle liste d'admissibilité et la liste mise à jour des affranchissements prévus](#)

**PAR DAVID GARMAISE**

Le Fonds mondial a publié sa liste d'admissibilité 2018 ; les changements par rapport à la liste de 2017 ne sont pas significatifs. Il a également publié une liste mise à jour des affranchissements prévus d'ici 2025.

4. ACTUALITÉS : [Le partenariat entre le Fonds mondial et Heineken continue de faire la une](#)

PAR DAVID GARMAISE

Le partenariat du Fonds mondial avec Heineken reste un sujet brûlant et Peter Sands, le Directeur exécutif du Fonds mondial, est en première ligne du débat. Cet article fait le point sur les derniers commentaires en date.

5. ACTUALITÉS : [La demande de financement tuberculose/VIH du Cameroun auprès du Fonds mondial est axée sur les communautés et les populations clés](#)

PAR DAVID GARMAISE

La demande de financement du Cameroun concernant la lutte conjointe contre le VIH et la tuberculose était fortement axée sur les communautés et les populations clés. Le Conseil d'administration a approuvé deux subventions pour la composante VIH et une pour la composante tuberculose en janvier 2018. Le Cameroun avait également présenté une demande de financement pour le paludisme, qui a débouché sur l'approbation d'une subvention pour cette composante en décembre 2017. Certaines initiatives clés ont été reléguées à la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée pour manque de financement disponible.

[HAUT](#)

## ARTICLES :

### 1. ACTUALITÉS : Le Fonds mondial déduit 170,6 millions de dollars de la somme allouée au Nigeria pour 2014/2016

*Le Nigeria n'a pas respecté ses exigences de financement de contrepartie*

David Garmaise

Le Fonds mondial a déduit 170,61 millions de dollars de la somme allouée au Nigeria pour 2014/2016 parce que le pays n'a pas respecté ses engagements de financement de contrepartie pour cette période. Le pays a été informé de cette décision dans une lettre datée du 19 décembre 2017 signée Mark Edington, directeur de la division de gestion des subventions, dont Aidspace a obtenu une copie.

La réduction de 170,61 millions de dollars – la lettre du Fonds mondial parle de « désengagement » – représente 15 % de la somme de 1,1374 milliard de dollars allouée au Nigeria pour 2014/2016.

Pour mettre les choses en perspective, 170,61 millions de dollars est plus que la somme totale allouée à la majorité des pays.

Lorsque le Fonds mondial a notifié au Nigeria le montant de sa somme allouée le 12 mars 2014, il l'a également informé qu'il devait respecter un seuil de financement de contrepartie de « 20 % de la contribution du gouvernement au programme de lutte contre les maladies ». Le Nigeria devait en outre satisfaire à une exigence de volonté de payer pour débloquer 15 % de sa somme allouée totale. À l'époque, le Fonds mondial appliquait sa politique relative à l'admissibilité et au financement de contrepartie. (Cette politique a depuis été remplacée par la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement.)

Le montant de l'exigence au titre de la volonté de payer pour chaque pays n'est pas défini dans la politique relative à l'admissibilité et au financement de contrepartie (ni dans aucune autre politique). Au lieu de cela, il était déterminé par le Secrétariat, prétendument au travers de négociations menées avec chaque pays. Un « cadre de référence » était repris dans le manuel des politiques opérationnelles du Fonds mondial pour assister le Secrétariat durant les négociations.

Selon la note de politique opérationnelle relative au financement de contrepartie, datée du 15 décembre 2014, les pays devaient, pour pouvoir accéder à 15 % de leur somme allouée, respecter aussi bien leur exigence de financement de contrepartie que leur exigence relative à la volonté de payer.

La note de politique opérationnelle du Fonds mondial relative au cofinancement, datée du 31 mars 2017 et qui fait partie de l'actuel [manuel des politiques opérationnelles](#), stipule que si un pays manque à son engagement au titre de la volonté de payer, le montant du désengagement doit être proportionnel à la « part de non-réalisation » de l'exigence relative à la volonté de payer. Le fait que le Fonds mondial a désengagé les 15 % de la somme allouée au Nigeria suggère que celui-ci n'a en rien satisfait à son exigence au titre de la volonté de payer.

Cela semble avoir été confirmé par une lettre adressée au ministre de la Santé du Nigeria le 20 octobre 2017. Dans cette lettre, Mark Edington indiquait que pour satisfaire à ses exigences au titre de la volonté de payer, le Nigeria devait investir 85,31 millions de dollars *au-delà de* ce qu'il avait investi pour la période 2012/2014. Or, ajoutait M. Edington, le montant investi par le Nigeria pour la période 2015/2017 était *inférieur* de 178,13 millions de dollars au montant investi en 2012/2014. Voir le tableau 1 pour les détails.

**Tableau 1 : Situation de l'engagement du Nigeria au titre de la volonté de payer (en millions de \$)**

Comp.	Colonne A Dépenses réelles 2012/2014	Colonne B Dépenses réelles et engagements budgétaires 2015/2017	Colonne C Augmentation / réduction (B - A)	Colonne D Investissement supplémentaire minimum requis (volonté de payer)
VIH	305,89	39,90	-265,99	85,31
Tuberculose	54,52	17,32	-37,20	
Paludisme	205,46	330,52	+125,06 m	
<b>Total</b>	<b>565,87</b>	<b>387,74</b>	<b>-178,13</b>	

Remarques :

1. Les montants de la colonne B reposent sur l'information fournie au Fonds mondial par le Nigeria à la date de la lettre du 20 octobre 2017.
2. Le montant de 85,3 millions de dollars d'investissement supplémentaire requis correspond à 50 % de 170,61 millions de dollars, montant qui représente quant à lui les 15 % de la somme allouée pour 2014/2016.

Ainsi, pouvait-on lire dans la lettre du 20 octobre, le Nigeria accumulait un *arriéré* de 263,44 millions de dollars – le déficit de 178,13 millions de dollars (colonne C) plus l'investissement supplémentaire requis de 85,31 millions de dollars (colonne D).

La lettre faisait état d'une incertitude considérable concernant les données présentées par l'instance de coordination nationale du Nigeria. Il y était indiqué que la grande majorité des pays ont déjà présenté l'intégralité des données requises, et que le Fonds mondial estimait devoir « continuer sur la base des données reçues ».

La lettre du 19 décembre 2017 de M. Edington contient la liste des montants désengagés des budgets de chacune des dix subventions actives du Nigeria (voir le tableau 2).

**Tableau 2 : Montants désengagés des subventions du Nigeria (en millions de \$)**

Subvention	Montant désengagé
NGA-H-ARFH	3,20
NGA-H-FHI360	28,00
NGA-H-LSMOH	2,30
NGA-H-NACA	32,10
NGA-H-SFHNG	15,50
NGA-T-IHVN	16,81
NGA-M-CRS	26,90
NGA-M-NMEP	4,50
NGA-M-SFH	3,80
NGA-T-ARFH	37,50
<b>Total</b>	<b>170,61</b>

Aidspan tente d'obtenir de plus amples informations sur la situation.

### **Engagements relatifs aux octrois de financements d'encouragement**

Selon les informations dont dispose Aidspan, le Nigeria aurait également manqué à fournir des fonds de contrepartie pour trois octrois de financements d'encouragement des allocations 2014/2016, à savoir :

- 5,5 millions de dollars au titre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;
- 19,8 millions de dollars au titre de la tuberculose multirésistante ; et
- 45,7 millions de dollars au titre des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD).

Ces trois financements d'encouragement étaient subordonnés à l'investissement par le Nigeria de fonds de contrepartie à hauteur des montants octroyés par le Fonds mondial.

Les fonds de contrepartie exigés au titre des MIILD ont depuis été abaissés à 18,7 millions de dollars (voir l'[article de l'OFM](#)). Selon les informations d'Aidspan, ces 18,7 millions de dollars pourraient se concrétiser prochainement. Le Fonds mondial a reporté plusieurs fois le délai fixé pour ces fonds de contrepartie. S'ils ne se concrétisent pas, le Fonds mondial dit qu'il se verra contraint de déduire deux fois le montant de 18,7 millions de dollars de la somme allouée au Nigeria pour 2017/2019.

### **Subventions au titre du nouveau cycle de financement**

Le 13 décembre 2017, le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé deux subventions de lutte contre le paludisme pour le Nigeria, d'une valeur totale de 283,3 millions de dollars. À la même date, il a également approuvé des prorogations chiffrées de 18 mois pour deux subventions consacrées au VIH et deux subventions relatives à la tuberculose. Quelques semaines plus tard, le Conseil a approuvé des prorogations similaires au titre de deux subventions supplémentaires de lutte contre le VIH. Le Nigeria avait présenté en mai 2017 une demande de financement TB/VIH, mais le Fonds mondial lui a demandé de la retravailler. (Voir les articles de l'OFM disponibles [ici](#), [ici](#) et [ici](#).)

Souhaitez-vous réagir à cet article (ou à tout autre article de l'OFM) ? Veuillez adresser vos commentaires au rédacteur en chef à l'adresse suivante : [editorGFO@aidspan.org](mailto:editorGFO@aidspan.org).  
**Vos commentaires nous sont précieux.**

[HAUT](#)

---

## 2. ACTUALITÉS : Exemple de réussite : les subventions du Fonds mondial au Burkina Faso affichent une augmentation significative des taux d'absorption

*La mauvaise absorption est un problème persistant qui affecte les subventions en Afrique occidentale et centrale*

David Garmaise

Les parties prenantes au Burkina Faso ont réussi à améliorer le taux d'absorption des subventions du Fonds mondial dans ce pays. Ce taux est en effet passé de 67 % pour la période 2012/2015 à 94 % fin 2017. La mauvaise absorption est un problème qui affecte de longue date tous les pays d'Afrique occidentale et centrale.

Une activité clé dans le cadre des efforts du Burkina Faso a été un atelier organisé à Ouagadougou, la capitale du pays, en novembre 2015, peu après la signature des premières subventions relevant du nouveau modèle de financement. L'atelier, organisé par l'instance de coordination nationale, a accueilli quelque 100 personnes représentant les bénéficiaires principaux et leurs partenaires de mise en œuvre, les partenaires techniques et financiers, le Secrétariat du Fonds mondial, l'agent local du Fonds et l'agent financier. Voir le tableau 1 pour la liste des subventions actives à l'époque.

**Tableau 1 : Subventions du Burkina Faso pour 2015/2017**

Comp.	Nom	Réциpiendaire principal	Budget (en millions d'euros)
VIH	BFA-H-SPCNLS	Conseil national de lutte contre le sida (CNLS)	29,5
TB/VIH	BFA-C-IPC	Initiative privée et communautaire (IPC)	7,9
TB	BFA-T-PADS	Prog. d'appui au développement sanitaire (PADS)	3,3
Paludisme	BFA-M-PADS	PADS	59,3
SRPS	BFA-S-PADS	PADS	17,3
<b>Total</b>			<b>117,4</b>

Remarques :

1. La période de mise en œuvre des subventions du Burkina Faso était 2015/2017. Toutes les subventions avaient le 31 décembre 2017 comme date de fin.
2. Pour la période d'allocation 2014/2016, le Burkina Faso s'est vu allouer 204,6 millions de dollars. Une partie de cette somme a été affectée à la prorogation de subventions existantes avant la signature des subventions au titre du nouveau modèle de financement. Ce tableau montre les plafonds des subventions du nouveau modèle de financement.

L'atelier était organisé par le Dispositif d'appui technique de l'ONUSIDA, qui a mis un consultant à la disposition de l'instance de coordination nationale.

Les participants à l'atelier ont identifié les obstacles, les difficultés, les risques et les goulots d'étranglement entravant la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial et réduisant l'absorption des crédits correspondants. Les principaux problèmes programmatiques suivants ont été identifiés :

- subvention VIH : mise à l'échelle du traitement antirétroviral et réalisation des cibles ambitieuses en matière de prévention pour les populations clés (agents de santé, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et prisonniers) ;
- subvention tuberculose : augmentation du taux de signalement des cas de tuberculose multirésistante ;
- subvention paludisme : réalisation des cibles 2016 en matière de lutte antivectorielle axées sur la distribution de routine et à grande échelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, et mise à l'échelle du diagnostic de la maladie au niveau communautaire ;
- subvention de renforcement des systèmes de santé : assurer un impact positif des activités de renforcement des systèmes de santé sur le personnel sanitaire et communautaire, et les prestations de services.

Le principal résultat de l'atelier fut une série de plans d'action détaillés, reposant sur un modèle commun. Voir les tableaux 2 et 3 pour des exemples des plans.

**Tableau 2 : Exemple de plan d'action (tuberculose multirésistante)**

<b>Cible</b> : MDR TB-2 : Nombre de cas signalés de tuberculose pharmacorésistante confirmée bactériologiquement (tuberculose résistante à la rifampicine et / ou tuberculose multirésistante) : de 53 en 2014 à 136 en 2017		
<b>Obstacle 1</b> : retard de livraison des machines GeneXpert et des cartouches		
<b>Cause</b> : Lenteur de réaction des agents d'approvisionnement aux demandes du récipiendaire principal aux fins de la conformité aux plans d'achat ou manque de flexibilité face aux situations d'urgence		
<b>Mesure corrective</b> : prise de mesures en vue d'améliorer la conformité aux plans d'achats et la communication entre les agents d'approvisionnement et le récipiendaire principal.		
<b>Responsabilité</b> : Fonds mondial et agents d'approvisionnement		<b>Financement nécessaire ?</b> Non
<b>Début</b> : T1 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Non
<b>Obstacle 2</b> : Retard d'installation des machines GeneXpert		
<b>Cause</b> : Absence de plan d'installation des machines GeneXpert au niveau des sites		
<b>Mesure corrective</b> : Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'installation des machines GeneXpert au niveau des sites		
<b>Responsabilité</b> : Programme national de lutte contre la tuberculose		<b>Financement nécessaire ?</b> Non
<b>Début</b> : T2 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Oui
<b>Obstacle 3</b> : Non-respect des intervalles d'entretien des machines GeneXpert		
<b>Cause</b> : Absence de plan d'entretien des machines GeneXpert au niveau des sites		
<b>Mesure corrective</b> : Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'entretien des machines GeneXpert au niveau des sites		
<b>Responsabilité</b> : Programme national de lutte contre la tuberculose		<b>Financement nécessaire ?</b> Non
<b>Début</b> : T2 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Oui

Jean-Thomas Nouboussi, gestionnaire de portefeuille du Fonds pour le Burkina Faso, a indiqué à Aidsplan qu'une trentaine de mesures ont été prises dans la foulée de l'atelier, couvrant de nombreux domaines, notamment la gouvernance, la gestion financière, la gestion programmatique et la chaîne d'approvisionnement. Sur ces trente mesures, cinq mesures jugées majeures ont été incluses dans un projet Mise en œuvre par le partenariat (ITP) en cours à l'époque. Les 25 mesures restantes ont été intégrées aux subventions du Burkina Faso par le biais de la reprogrammation.

**Tableau 3 : Exemple de plan d'action (toutes cibles confondues, les 3 RP confondus)**

<b>Cible :</b> Toutes cibles confondues, les trois bénéficiaires principaux confondus		
<b>Obstacle :</b> Activités opérationnelles non mises en œuvre		
<b>Cause :</b> Décaissements bloqués en raison de la justification insuffisante (en termes de délais et de qualité des rapports) des crédits avancés aux sous-sous-bénéficiaires (SSR)		
<b>Mesure corrective 1 :</b> Organisation d'une réunion de travail (avec le RP, le SR et la plateforme de la société civile) sur la marche à suivre en matière de contrats avec les SSR.		
<b>Responsabilité :</b> Initiative privée et communautaire		<b>Financement nécessaire ?</b> Oui
<b>Début :</b> T1 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Non
<b>Mesure corrective 2 :</b> Initier des contrats de services entre les SR et les SSR.		
<b>Responsabilité :</b> Sous-bénéficiaires		<b>Financement nécessaire ?</b> Non
<b>Début :</b> T2 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Non
<b>Mesure corrective 3 :</b> Effectuer les révisions budgétaires nécessaires afin de permettre une mise en œuvre efficace et un meilleur suivi et contrôle des contrats avec les SSR.		
<b>Responsabilité :</b> Initiative privée et communautaire		<b>Financement nécessaire ?</b> Oui
<b>Début :</b> T2 2016	<b>Activité déjà planifiée ?</b> Non	<b>AT nécessaire ?</b> Non

Le tableau 4 fournit un exemple du système de suivi utilisé pour les activités liées au projet ITP.



**Tableau 4 : Exemple du système de suivi utilisé pour les activités liées au projet ITP**

<b>Action</b> : Appui technique pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan relatif à l'installation et à l'entretien des machines GeneXpert	
<b>Type d'action</b> : AT supplémentaire	<b>Composante de maladie</b> : Tuberculose
<b>Partenaires concernés</b> : Gouvernement des États-Unis, OMS, Halte à la tuberculose	
<b>Date de début prévue</b> : 01/11/2015	<b>Date de fin prévue</b> : 30/06/2016
<b>Date de début réelle</b> : 01/11/2015	<b>Date de fin réelle</b> : 30/06/2016 (projetée)
<b>Situation au 31 mars 2016</b> : En voie de respecter le délai prévu	
<b>Commentaires des partenaires</b> (édités) : Les 12 machines GeneXpert commandées à GDF sont toutes prêtes à l'expédition. Le pays n'a plus qu'à envoyer sa déclaration d'importation. Une mission d'assistance technique est prévue en juin pour aborder, entre autres, la mise en œuvre des machines, l'établissement d'un système de suivi-évaluation et l'aide à apporter au pays pour la mise au point d'un système de renvoi d'échantillons. Nous avons été informés que les machines arriveront en avril. Le RP et le SR ont été notifiés. Ils prendront des mesures pour accélérer le processus...	

Le projet ITP a pris fin en mars 2017.

Après l'atelier, l'instance de coordination nationale et les bénéficiaires principaux ont mis sur pied un comité chargé de surveiller la mise en œuvre des 30 actions. Les partenaires techniques et les donateurs qui siègent à l'instance de coordination nationale étaient représentés dans le comité. Celui-ci était également chargé d'identifier avec les bénéficiaires principaux d'autres activités susceptibles d'améliorer l'absorption.

Durant les deux ans et demi qu'ont duré les subventions, chaque bénéficiaire principal, avec l'appui de l'équipe de pays au Secrétariat, a préparé des demandes annuelles de reprogrammation qui ont aidé à rediriger les économies réalisées vers d'autres activités pertinentes et souvent sous-financées.

De plus, le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé le transfert de fonds des subventions moins performantes (SRPS et TB/VIH) vers la subvention paludisme, pour acheter davantage de produits essentiels. Le transfert (2,6 millions d'euros) a été approuvé par le Conseil en septembre 2017.

D'après M. Nouboussi, les autres activités suivantes ont contribué à augmenter le taux d'absorption :

- formation des bénéficiaires principaux aux directives relatives aux 15 % de flexibilité ;
- efforts continus de l'équipe de pays pour faire participer l'instance de coordination nationale, les bénéficiaires principaux et les partenaires techniques ;
- coordination accrue entre les bénéficiaires principaux (un mémo de collaboration a été signé par tous les RP et l'ICN).

Concernant les directives relatives aux 15 % de flexibilité, les bénéficiaires principaux peuvent apporter des révisions non significatives au budget sans l'approbation préalable du Fonds mondial. Les [directives pour l'établissement des budgets des subventions](#) définissent les

révisions non significatives comme une révision à la hausse ou à la baisse de moins de 15 % du budget total (pour les interventions standard).

Fin 2016, le taux d'absorption avait augmenté à environ 75 %. Au 31 décembre 2017, date de fin des subventions, il se situait à 94 %.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé une subvention VIH (32,1 millions d'euros), une subvention tuberculose/VIH (7,0 millions d'euros) et une subvention paludisme (84,6 millions d'euros) pour le Burkina Faso. Les activités liées aux subventions SRPS antérieures ont été intégrées à la subvention paludisme.

### **Partage des résultats**

Les résultats des efforts du Burkina Faso en vue d'améliorer l'absorption ont été présentés à l'instance de coordination nationale et aux parties prenantes dans le pays. Trois ateliers régionaux sont actuellement organisés dans le pays par l'ICN et des réseaux d'organisations de la société civile (avec la participation de tous les maîtres d'œuvre aux niveaux décentralisés, notamment des représentants communautaires) pour partager les résultats et les leçons tirées, et mobiliser les parties prenantes pour garantir la mise en œuvre réussie des nouvelles subventions.

Le Fonds mondial voudra sans doute faire connaître cet exemple de réussite à d'autres pays d'Afrique occidentale et centrale (ou au-delà).

*Les modèles utilisés pour les tableaux 2 à 4 ont été créés par Aidsplan aux fins de cet article.*

[HAUT](#)

---

### **3. ACTUALITÉS : Le Fonds mondial publie sa nouvelle liste d'admissibilité et la liste mise à jour des affranchissements prévus**

*Les changements apportés à la liste d'admissibilité ne sont pas significatifs*

David Garmaise

Le Fonds mondial a publié sa liste 2018 des pays et composantes admissibles à un financement. Les changements apportés par rapport à 2017 ne sont pas significatifs.

La liste d'admissibilité 2018 est disponible [ici](#).

Le Fonds mondial a également publié la liste mise à jour des composantes qui devraient s'affranchir de son soutien d'ici 2025 (voir la deuxième partie de cet article pour les détails).

## **LISTE D'ADMISSIBILITÉ**

Cette section fournit un résumé des principaux changements dans la liste d'admissibilité 2018.

### **Composantes désormais classées « admissibles »**

Une seule composante a été ajoutée à la liste des composantes admissibles, il s'agit de la composante VIH de la Jordanie. Le Fonds mondial a indiqué que cette composante a satisfait aux critères d'admissibilité lors de deux évaluations consécutives. Il signale néanmoins que l'admissibilité ne garantit pas l'octroi d'un financement.

### **Composantes désormais classées comme « inadmissibles »**

Quatre composantes paludisme sont désormais « inadmissibles » du fait que les pays concernés ont été déclarés exempts de paludisme. Il s'agit des composantes paludisme de l'Égypte, du Kirghizistan, de la Syrie et de l'Ouzbékistan.

Douze composantes sont désormais classées « inadmissibles » sur la liste 2018, après avoir été classées comme recevant un financement de transition sur les listes précédentes. Ces composantes avaient déjà été jugées inadmissibles à un financement normal, raison pour laquelle elles avaient droit à un financement de transition en 2017/2019. Il s'agit des 12 composantes suivantes : Albanie VIH et tuberculose ; Belize tuberculose ; Bulgarie tuberculose ; Cuba VIH ; République dominicaine tuberculose ; Panama tuberculose ; Paraguay tuberculose et paludisme ; Sri Lanka paludisme ; Suriname tuberculose et Turkménistan tuberculose.

### **Autres changements dans les statuts d'admissibilité**

Les autres changements suivants sont à observer dans la liste 2018 :

**Composante VIH de l'Algérie.** La classification de la charge de morbidité est passée de « modérée » à « élevée », ce qui a mené à une détermination d'admissibilité. Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité.

**Composantes VIH et tuberculose de l'Arménie.** L'Arménie est désormais classée pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, au titre de la méthode Atlas (moyenne du RNB par habitant sur trois ans) et des seuils de classification des revenus publiés par la Banque mondiale. De ce fait, ses composantes VIH et tuberculose ne sont plus admissibles, mais elles peuvent néanmoins être prises en considération pour un financement final à titre de transition.

**Composante paludisme du Botswana.** La classification de la charge de morbidité est passée de « modérée » à « élevée », ce qui a mené à une détermination d'admissibilité. Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité.

**Composante paludisme de l'Équateur.** La classification de la charge de morbidité est passée de « modérée » à « élevée », ce qui a mené à une détermination d'admissibilité. Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité.

**Composante tuberculose de l'Irak.** Conformément aux souplesses permises au titre de la politique relative aux contextes d'intervention difficiles, cette composante a été déterminée admissible pour la période d'allocation 2017/2019.

**Composante tuberculose de la Jordanie.** La charge de morbidité continue d'être classée « faible ». Toutefois, la classification du revenu de la Jordanie est passée de revenu intermédiaire de la tranche supérieure à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce qui a entraîné une détermination d'admissibilité. Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité.

**Composante tuberculose de la Tunisie.** Cette composante reste classée comme « inadmissible ». La charge de morbidité continue d'être classée « modérée ». Toutefois, la classification du revenu de la Tunisie est passée de revenu intermédiaire de la tranche supérieure à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce qui a entraîné une détermination d'admissibilité. Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité.

### **Autres modifications apportées à la liste d'admissibilité 2018**

La classification du revenu de huit pays a changé, bien qu'aucune de leurs composantes n'ait changé de statut d'admissibilité. Les changements sont les suivants :

- le Cambodge est passé de pays à faible revenu à pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure ;
- le Congo est passé de pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure à pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure ;
- la Guyane est passée de pays à revenu à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure à pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ;
- la Mongolie est passée de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure à pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure ;
- la Papouasie-Nouvelle-Guinée est passée de pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure à pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure ;
- les Samoa sont passées de pays à revenu à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure à pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ;
- le Sénégal est passé de pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure à pays à faible revenu ;

- le Timor-Leste est passé de pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure à pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure.

(Il est à noter que les catégories « pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure » et « pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure » sont des concepts du Fonds mondial, pas de la Banque mondiale. Ces classements sont basés sur la moyenne du RNB par habitant sur trois ans.)

La classification de la charge de morbidité d'une trentaine de composantes a changé, sans changement du statut d'admissibilité. Veuillez consulter la liste d'admissibilité 2018 pour les plus récentes classifications des charges de morbidité.

### **Implications des changements de statut d'admissibilité**

Les changements de statut d'admissibilité sur la liste 2018 n'auront probablement pas d'impact dans l'immédiat. Ils n'affecteront pas les allocations 2017/2019 car ils ont déjà été déterminés et communiqués aux pays. Il se peut qu'ils aient en fin de compte un impact sur les allocations 2020/2022, mais celles-ci ne seront probablement pas déterminées avant le dernier trimestre 2019, et seront probablement basées sur la liste d'admissibilité 2020 (à en juger par ce qui s'est passé pour les allocations 2017/2019).

### **REMARQUE CONCERNANT LA TERMINOLOGIE COMPLIQUÉE**

Nous avons placé l'énoncé suivant plusieurs fois dans cet article :

« Les composantes de pays doivent être jugées admissibles lors de deux évaluations consécutives de l'admissibilité (ce que le Fonds mondial appelle « détermination d'admissibilité ») pour être classées admissibles dans la liste d'admissibilité. »

Cet énoncé porte à confusion. Une composante peut être déterminée comme étant admissible, mais elle ne le devient *réellement* qu'après avoir été jugée admissible lors de deux évaluations (« déterminations ») consécutives. Même cette explication peut porter à confusion. La meilleure manière de décrire les faits est la suivante :

- Les déterminations de l'admissibilité ont lieu annuellement.
- Une composante précédemment inadmissible peut devenir admissible si elle est déterminée comme telle deux ans de suite.
- Une telle composante n'est qualifiée d'admissible sur la liste d'admissibilité qu'après avoir été déterminée admissible une deuxième année consécutive.

Cela signifie que les composantes qui ont été déterminées nouvellement admissibles une seule fois sont pour ainsi dire dans les limbes, en attendant une deuxième détermination d'admissibilité consécutive. Pour ceux qui suivent la situation, les remarques détaillées sur les listes d'admissibilité s'avèrent utiles.

### **PRÉVISIONS D'AFFRANCHISSEMENT**

La liste mise à jour (2018) des prévisions d'affranchissement du soutien du Fonds mondial est disponible [ici](#) (en anglais) au format PDF, dans un document intitulé *Projected Transitions*

from *Global Fund Support by 2025 — Projections by Component (Prévisions d'affranchissement du soutien du Fonds mondial d'ici 2025 – Projections par composante)*. La version précédente de ce document datait de 2016.

Le tableau ci-après illustre la liste mise à jour des composantes en cours de transition ou dont l'affranchissement du soutien du Fonds mondial est prévu d'ici 2025.

**Tableau : Liste des composantes déjà en train de s'affranchir du soutien du Fonds mondial ou dont l'affranchissement est prévu d'ici 2025**

Composantes ayant perdu leur admissibilité depuis la période d'allocation 2014/2016 et bénéficiant d'un financement de transition en 2017/2019	Composantes qui devraient perdre leur admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de PRI-TS pendant la période 2017/2019 et susceptibles de recevoir un financement de transition pendant la période 2020/2022	Composantes qui devraient perdre leur admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de PRI-TS pendant la période 2020/2022 et susceptibles de recevoir un financement de transition pendant la période 2023/2025
Albanie : VIH, tuberculose Algérie : VIH Belize : tuberculose Botswana : paludisme Cuba : VIH République dominicaine : tuberculose Panama : tuberculose Paraguay : tuberculose Sri Lanka : paludisme Suriname : tuberculose Turkménistan : tuberculose	Arménie : VIH, tuberculose El Salvador : tuberculose, paludisme Sri Lanka : VIH, tuberculose	Bolivie : paludisme Égypte : tuberculose Guatemala : tuberculose, paludisme Kosovo : VIH, tuberculose Philippines : paludisme
Composantes qui devraient perdre leur admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de pays à revenu élevé en 2017/2019	Composantes qui devraient perdre leur admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de pays à revenu élevé en 2020/2022	Composantes qui devraient perdre leur admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de pays à revenu élevé en 2023/2025
Panama : VIH	Malaisie : VIH	Costa Rica : VIH Kazakhstan : VIH, tuberculose

Remarques :

1. Le tableau inclut toutes les composantes qui ont reçu un financement en 2017/2019, dont il est prévu que le pays accède à la catégorie de pays à revenu élevé ou – pour les composantes à charge de morbidité faible ou modérée – à la catégorie de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, à l'exception des petites économies insulaires et des pays du G20. N'inclut pas de projection pour les pays susceptibles d'accéder au G20 ou au Comité d'aide au développement de l'OCDE.
2. L'Arménie est passée à la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure dans la liste d'admissibilité 2018.
3. Les pays à revenu élevé ne sont pas admissibles au financement de transition.

Les changements par rapport à la liste précédente sont mineurs, ils concernent pour la plupart des composantes passant d'une case (relative à une période) à une autre.

La composante VIH de Maurice a carrément disparu de la liste. Il était prévu qu'elle perde son admissibilité du fait de l'accession du pays à la catégorie de pays à revenu élevé en 2023/2025

Or, elle a été retirée de la liste parce que les dernières projections du Fonds monétaire international indiquent pour Maurice une croissance inférieure aux prévisions antérieures. Pour cette raison, on s'attend désormais à ce que Maurice accède à la catégorie de pays à revenu élevé au-delà de 2025.

Le Fonds mondial considère que tous les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, quelle que soit la charge de morbidité, et toutes les composantes des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ayant une charge de morbidité faible ou modérée, doivent commencer les préparatifs de la transition au cours de la période 2017/2019, ou s'appuyer sur ce qui a déjà été préparé. Le document présentant les prévisions d'affranchissement du soutien du Fonds mondial contient une liste de a) toutes les composantes ayant reçu un financement au titre de la période 2017/2019 et dont le pays est classé comme pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, et b) toutes les composantes dont la charge de morbidité est faible ou modérée, qui ont reçu un financement au titre de la période 2017/2019 et dont le pays est classé à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Ces listes présentent plusieurs changements par rapport au document des prévisions d'affranchissement datant de 2016, lesquels sont liés aux changements de charge de morbidité observés sur la liste d'admissibilité 2018.

*Aidspan remercie le Secrétariat du Fonds mondial pour son examen de l'ébauche de cet article.*

[HAUT](#)

---

#### **4. ACTUALITÉS : Le partenariat entre le Fonds mondial et Heineken continue de faire la une**

*Selon un éditorial dans The Lancet, Peter Sands doit trouver un équilibre entre sa passion du secteur privé et le respect du pluralisme de la communauté de la santé mondiale*

David Garmaise

Le partenariat Fonds mondial/Heineken continue de faire des remous, et le Directeur exécutif du Fonds mondial, Peter Sands, s'est vu entraîné dans le tourbillon.

Dans un [profil](#) de M. Sands, paru le 10 mars dans *The Lancet*, Pamela Das cite ce dernier affirmant qu'il se concentrera sur « l'efficacité interne de l'organisation, et recherchera des partenariats susceptibles de renforcer les capacités existantes, par exemple pour contribuer à faire face aux difficultés liées à la logistique et à l'approvisionnement, en vue d'atteindre les populations clés et de réduire le nombre de nouvelles infections.

M. Sands a poursuivi en ces termes :

« La communauté de la santé mondiale doit faire participer le secteur privé plutôt plus que moins. Et elle doit le faire plus efficacement que par le passé. Car si nous voulons réellement réaliser les objectifs de développement durable et mettre en place des

systèmes de santé plus résistants, nous devons nous associer au secteur privé pour mettre à profit ses ressources et ses capacités d'innovation.

Le partenariat n'est pas synonyme d'adhésion aveugle, et selon mon expérience, les meilleurs partenariats combinent collaboration et volonté de remettre en question et d'être remis en question. J'ai écouté attentivement les préoccupations exprimées à propos des partenariats avec des sociétés du secteur privé, et je suis d'accord pour dire que les bénéfices de tout partenariat... doivent être soupesés par rapport aux risques, et je suis prêt à écouter différentes perspectives et à ouvrir un dialogue sur ces compromis. »

+++++

Dans un [éditorial](#) du *Lancet* également paru le 10 mars, on peut lire ceci : « En l'espace de quelques semaines à peine, la réputation du nouveau Directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Peter Sands, est passée de figure respectée à irresponsable, selon certaines voix critiques. »

Dans une [rubrique](#) parue dans un numéro de novembre dernier du *Lancet*, le rédacteur en chef, Richard Horton, avait réservé un accueil inconditionnel à M. Sands, louant sa « crédibilité » et sa « vision nouvelle et rafraîchissante ».

Dans son éditorial, *The Lancet* s'exprimait ainsi : « M. Sands a œuvré assidûment à convaincre les gouvernements de prendre les coûts économiques des maladies infectieuses plus au sérieux. Son expérience passée à la tête de Standard Chartered donnait encore plus de force à ses arguments. Puis Heineken a fait les gros titres. »

**THE LANCET**

Selon *The Lancet*, la réaction de M. Sands aux critiques s'est avérée solide. « Il reconnaît que la communauté de la santé mondiale au sens large est sceptique quant à la valeur de partenariats avec des sociétés comme Heineken. Il est prêt à écouter les critiques. Mais dans le même temps, il assume pleinement sa position concernant l'engagement avec le secteur privé. Les partenariats avec le monde des affaires seront sa raison d'être, ce qui le définira. »

« M. Sands adopte une stratégie de perturbation constructive au Fonds mondial », pouvait-on lire dans *The Lancet*. « Un tel bouleversement est bienvenu. Le Fonds mondial a besoin d'une nouvelle énergie et d'un renouveau des pensées. » *The Lancet* ajoutait cependant :

« S'aliéner de larges pans de la communauté de la santé mondiale, avec laquelle le Fonds mondial devrait forger des alliances productives, est une erreur. M. Sands doit suivre des cours de rattrapage en diplomatie appliquée à la santé mondiale et trouver un équilibre entre sa passion du secteur privé et le respect du pluralisme de la communauté de la santé mondiale. La diversité de la santé mondiale est une force pour le Fonds mondial. Il convient d'en tirer parti, pas de la désestimer. »



Le 13 mars, Peter Sands a réagi sur Twitter :



**Peter Sands**  
@PeterASands

Following



My passion is for impact not private sector per se. And doesn't broadening engagement with private sector players increase diversity and pluralism in global health?

Ma passion va à l'impact, pas au secteur privé en soi. Et le fait d'élargir l'engagement avec les acteurs du secteur privé n'augmente-t-il pas la diversité et le pluralisme dans la santé mondiale ?

+++++

Le 2 mars, à Genève, la Directrice exécutive par intérim du Fonds mondial, Marijke Wijnroks, a rencontré des représentants d'IOGT International, de l'Alliance mondiale sur les politiques en matière d'alcool (Global Alcohol Policy Alliance) et de l'Alliance sur les maladies non transmissibles (NCD Alliance), les trois organisations qui s'étaient opposées au partenariat avec Heineken dans une [lettre ouverte](#) envoyée au Fonds mondial le 1<sup>er</sup> février (voir l'[article de l'OFM](#)).

« Les représentants de la société civile présents à la réunion se sont félicités de la nature franche et constructive des discussions et de l'ouverture du Fonds mondial concernant la révision de ses critères et des procédures de vérification préalable relatifs aux partenariats compte tenu des préoccupations et des preuves avancées », écrivait l'Alliance sur les MNT le 9 mars dans un [billet](#) sur son site Web. « Le Fonds mondial s'est également montré intéressé à participer à un dialogue sur les déterminants commerciaux et les partenariats compatibles (ou non) parmi les organismes de santé mondiale et de développement et les organisations internationales. »

« Nous sommes déterminés à aider le Fonds mondial à la fois à rédiger de meilleures directives d'évaluation des risques et à s'attaquer à l'alcool en tant que facteur de risque majeur pour les personnes et les communautés touchées par la tuberculose et le sida », a déclaré Kristina Sperkova, présidente internationale d'IOGT International.

Dans son billet, l'Alliance sur les MNT indiquait : « Les commentaires du nouveau Directeur exécutif Peter Sands dans les jours qui ont suivi la réunion » – se référant au profil dressé par Pamela Das dans *The Lancet* – « montrent qu'il ne tient pas suffisamment compte des préoccupations exprimées dans le secteur de la santé et du développement à propos du partenariat avec une industrie de produits nocifs, en particulier en ce qui concerne les bénéfices qu'en tirent ces entreprises, par exemple en termes d'approbation implicite et d'accès aux décideurs de haut niveau. »

+++++

Dans un [article](#) paru le 15 mars sur le site Web de *National Public Radio* aux États-Unis, Seth Faison, directeur de la communication au Fonds mondial, a répondu aux critiques sur le partenariat.

M. Faison y explique que le Fonds mondial doit s'éloigner du statu quo si nous voulons atteindre les objectifs d'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme dans le monde d'ici 2030. Et d'après lui, Heineken peut l'aider à atteindre ces cibles ambitieuses. « Plus



précisément », ajoute-t-il, « Heineken peut nous faire bénéficier de son expérience en matière de prévision de la demande et de contrôle de qualité durant l'expédition, de gestion des données et de logistique de la chaîne d'approvisionnement. Ce qui importe, c'est de faire parvenir les médicaments essentiels et autres fournitures sanitaires là où et quand on en a besoin ».

Jason Beaubien, auteur de l'article, mentionne un programme mis sur pied par le Fonds mondial en association avec Coca-Cola, baptisé [projet Last Mile](#), très similaire au partenariat avec Heineken. Le projet Last Mile offre un soutien logistique dans le cadre de la distribution de médicaments et de fournitures médicales en Afrique.

L'article cite Erika Linnander, responsable technique principale au Global Health Leadership Institute de l'Université Yale, selon laquelle « l'idée que le projet Last Mile consiste à charger des médicaments dans des camions de Coca-Cola ou à placer des préservatifs dans les caisses de Coca-Cola est fautive, ce n'est pas vraiment de cela qu'il s'agit ». Selon Mme Linnander, le projet Last Mile vise à transférer les connaissances institutionnelles d'une entreprise du secteur privé, Coca-Cola, au secteur public de huit pays africains. Elle donne l'exemple des responsables de la chaîne d'approvisionnement de Coca-Cola en Afrique du Sud, qui ont aidé le ministère de la Santé à mettre en place un nouveau réseau de distribution des médicaments contre le VIH. L'objectif était de permettre aux patients d'enlever leurs médicaments délivrés par le gouvernement dans des lieux plus pratiques, comme des bureaux de poste ou des pharmacies privées.

« Or, c'est justement à ça que Coca-Cola excelle », ajoute Mme Linnander. « L'entreprise est en contact avec un nombre infini de kiosques dans tout le pays, et achemine ses produits vers toutes sortes de points de vente. Alors elle a aidé à la planification stratégique pour faire parvenir vos produits, ces médicaments, à d'autres points d'enlèvement. »

Mme Linnander a rédigé des évaluations du projet Last Mile. Selon elle, Heineken apporterait probablement une expérience similaire en matière de logistique dans le cadre du partenariat avec le Fonds mondial. Elle ajoute que le partenariat avec Coca-Cola a lui aussi parfois suscité la controverse. Certaines personnalités politiques locales remettaient en cause les motifs de Coca-Cola et le caractère approprié du programme. Coca-Cola a attiré les critiques de responsables de la santé publique dans de nombreuses régions du monde, qui l'accusent de contribuer au problème émergent du diabète.

Mme Linnander dit avoir elle-même beaucoup réfléchi à la question. « Vous savez, je travaille dans un département de santé mondiale. Je pense qu'il est utile d'être transparent quant aux bénéfices commerciaux potentiels pour Coca-Cola, principalement en termes de réputation,

d'image de marque et de considérations de ce genre. S'il s'agissait d'une intervention dans le domaine de la nutrition, je crois que j'aurais un point de vue très différent et que cela me mettrait très mal à l'aise. Mais ce projet [Last Mile] concerne principalement les chaînes d'approvisionnement. »

Dans l'article de NPR, M. Beaubien cite John Norris, chercheur principal au [Center for American Progress](#), selon lequel ces associations peuvent être difficiles d'un point de vue politique. Néanmoins, M. Norris soutient que les défenseurs de la santé mondiale seraient plus avisés de dialoguer avec l'industrie de la bière que de déclarer Heineken trop nuisible pour pouvoir envisager un tel partenariat.

« Bon nombre d'organismes philanthropiques aujourd'hui tout à fait acceptés ont été mis sur pied par des barons voleurs qui ont construit leur fortune en ayant recours à des méthodes pas très catholiques », affirme M. Norris. « Je peux certainement comprendre un grief légitime de la part de la communauté qui lutte contre les maladies non transmissibles, inquiète d'un partenariat entre une société qui vend des boissons alcoolisées et le Fonds mondial. Mais, vous savez, nous vivons dans un monde tellement interconnecté, nous devons trouver des manières d'avoir les entreprises de notre côté. »

+++++

Entre-temps, l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR) a [annoncé](#) un partenariat avec Anheuser-Busch InBev, le plus grand producteur de bière du monde. Les deux organisations prévoient de collaborer pour améliorer la sécurité routière.

*Note de la rédaction : Signalons en passant que Peter Sands a tweeté que son premier jour de travail en qualité de Directeur exécutif du Fonds mondial fut le 4 mars 2018.*

[HAUT](#)

---

## **5. ACTUALITÉS : La demande de financement tuberculose/VIH du Cameroun auprès du Fonds mondial est axée sur les communautés et les populations clés**

*Plusieurs initiatives clés ont été reléguées à la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée pour manque de financement disponible*

David Garmaise

La demande de financement tuberculose/VIH 2017 du Cameroun était fortement axée sur les communautés et les populations clés. C'est là un des principaux thèmes qui ressortent des commentaires du Comité technique d'examen des propositions et du Comité d'approbation des subventions après avoir examiné la demande.

Voilà pour la bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle, c'est que tant pour la demande de financement relative à la lutte conjointe contre le VIH et la tuberculose que pour la demande relative au paludisme, plusieurs interventions clés ont été reléguées à la demande de

financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée en raison d'un manque de financement disponible.

Bon nombre de parties prenantes au Cameroun pensent que la somme allouée au pays a été réduite en 2017/2019. Le tableau 1 présente les sommes allouées pour la période 2014/2016 et pour la période 2017/2019 (en dollars US). (Pour 2014/2016, les financements étaient libellés en dollars US. Les sommes allouées pour 2017/2019 étaient quant à elles en euros ; les montants figurant dans le tableau reflètent les taux de change euros-dollars US en vigueur au moment des allocations).

**Tableau 1 : Sommes allouées au Cameroun en 2014/2016 et 2017/2019 (en millions de \$)**

Comp.	Somme allouée 2014/2016				Somme allouée 2017/2019		
	Financement existant	Financement supplémentaire	Financement d'encouragement	Total	Somme de base allouée au pays	Fonds de contrepartie	Total
VIH	151,9	3,2	0	155,2	94,6	8,1	102,7
Tuberculose	8,1	6,9	0	15,0	10,6	0	10,6
Paludisme	33,3	84,8	0	118,1	69,6	0	69,6
TB/VIH	0	0	0,9	0,9	S/O	S/O	S/O
<b>Total</b>	<b>193,4</b>	<b>94,9</b>	<b>0,9</b>	<b>289,2</b>	<b>174,9</b>	<b>8,1</b>	<b>182,9</b>

*NOTE DE LA RÉDACTION : Le Secrétariat du Fonds mondial a averti de la difficulté de faire des comparaisons entre les périodes d'allocation 2014/2016 et 2017/2019, et nous en avons rendu compte dans un [article de l'OFM](#). Les allocations 2014/2016 étaient uniques en ce qu'elles représentaient une transition entre l'ancien système fondé sur les séries et le nouveau modèle de financement, et contenaient des fonds à la fois de subventions existantes et de financements additionnels (c'est-à-dire nouveaux).*

*Comme l'a indiqué le Fonds mondial, les allocations 2014/2016 étaient censées couvrir quatre ans au lieu des trois ans habituels. Compte tenu de cela, l'allocation annuelle moyenne du Cameroun pour 2014/2016 s'élevait à 72,3 millions de dollars, contre 61,0 millions de dollars pour 2017/2019. Mais même avec cet ajustement, nous ne savons pas trop si les deux périodes peuvent vraiment être comparées. Nous reconnaissons cependant que nombreux seront ceux qui feront malgré tout la comparaison.*

Le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé deux subventions pour la composante VIH et une pour la composante tuberculose le 12 janvier 2018. Plus tôt, le 1<sup>er</sup> décembre 2017, il avait approuvé une subvention paludisme. Voir le tableau 2 pour de plus amples détails sur les subventions.

**Tableau 2 : Subventions accordées au Cameroun**

Composante	Nom	Réципиendaire principal	Montant (en millions d'euros)
VIH	CMR-H-CMF	Association nationale camerounaise pour le bien-être familial	21,8
	CMR-H-MOH	Ministère de la Santé	84,1
Tuberculose	CMR-T-MOH	Ministère de la Santé	10,0
Paludisme	CMR-M-MOH	Ministère de la Santé	65,5
<b>Total</b>			<b>181,4</b>

Remarques :

1. Au sein du ministère de la Santé, le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) gère la subvention VIH, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) met en œuvre la subvention tuberculose et le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) gère la subvention paludisme.
2. La somme allouée au Cameroun pour 2017/2019 s'élève à 172,1 millions d'euros. La différence entre ce montant et les 181,4 millions d'euros figurant dans ce tableau correspond à un accord de conversion de dette Debt2Health de 9,3 millions d'euros à l'initiative de l'Espagne.

### TB/VIH

La population du Cameroun est estimée à 23 millions d'habitants ; les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les enfants de moins de cinq ans représentent près de 40 % de la population totale.

Le pays a une épidémie généralisée de VIH dont la prévalence parmi la population générale âgée de 15 à 44 ans est de 4,3 %. La prévalence est de 5,9 % chez les femmes contre 2,9 % chez les hommes. Les estimations de Spectrum pointent vers une tendance à la baisse de la prévalence, de l'incidence et de la mortalité, et vers un déclin de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et des taux de transmission verticale. Bien qu'un recul de la prévalence ait été enregistré parmi les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les taux enregistrés à Yaoundé et à Douala sont en hausse et plusieurs fois supérieurs aux taux d'infection dans la population générale. Les populations clés ont été identifiées comme étant les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues et la population carcérale. Les populations vulnérables englobent quant à elles les personnes handicapées, les personnes déplacées dans les camps de réfugiés présentant une prévalence plus élevée, et certaines catégories de travailleurs (plantations industrielles, foresterie et construction, chauffeurs de taxi-motos et camionneurs).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 560 000 personnes, dont environ 68% connaissent leur statut VIH. Un peu plus de la moitié d'entre elles, soit 205 800, sont sous traitement. Parmi les personnes en traitement, 23 % ont reçu un test de la charge virale, et environ deux tiers d'entre elles sont parvenues à un état de suppression virale. Malgré les progrès accomplis par le programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, 12 % des femmes enceintes fréquentant une clinique de soins prénatals n'avaient pas été soumises à un test de dépistage du VIH. Vingt-cinq pour cent des femmes enceintes

séropositives au VIH n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral, et 55 pour cent étaient encore suivies au bout de 12 mois.

Les taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose ont reculé entre 2010 et 2016 (incidence : de 260 à 212 cas pour 100 000 personnes ; mortalité : de 76 à 56 cas pour 100 000 personnes). Bien que les taux de notification des cas de tuberculose aient augmenté au cours des 10 dernières années, la couverture thérapeutique n'était que de 54 % en 2015, signe d'un grand nombre de personnes non diagnostiquées au sein des communautés. Le dépistage des groupes à haut risque a contribué à l'augmentation des taux de notification. L'incidence de la co-infection tuberculose/VIH se situait à 34 % en 2016, avec 92 % des patients atteints de tuberculose soumis à un test de dépistage du VIH, et 93 % des personnes co-infectées sous traitement antirétroviral. Le dépistage des personnes vivant avec le VIH a permis de diagnostiquer 8 200 cas de tuberculose parmi ce groupe en 2016.

L'instance de coordination nationale du Cameroun a présenté en 2017 une demande de financement pour la lutte conjointe contre le VIH et la tuberculose, d'un montant de 99 millions d'euros, et une demande de fonds de contrepartie d'un montant de 7,6 millions d'euros.

Le Cameroun a également présenté une demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée de 35,9 millions d'euros, dont le Comité technique d'examen des propositions a classé 34,8 millions d'euros comme demande de qualité. Durant l'établissement de la subvention, des gains d'efficacité d'une valeur de 0,6 million d'euros ont été identifiés, lesquels ont servi à financer une partie des interventions au titre de la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée. Comme mentionné plus haut, le Cameroun a reçu 9,3 millions d'euros au titre d'un [accord de conversion de dette Debt2Health](#) à l'initiative de l'Espagne, lesquels ont eux aussi été utilisés pour financer des initiatives dans le cadre de la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée. Finalement, des interventions d'une valeur totale de 24,9 millions d'euros ont été ajoutées au registre des demandes de qualité non financées.

La plupart des fonds investis dans les initiatives de la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée au stade de l'établissement de la subvention étaient destinés à placer de nouveaux patients sous traitement antirétroviral. Une partie des fonds a été affectée à l'achat de nouvelles machines à rayons X numériques et mobiles utilisées pour la prise en charge du VIH et le traitement de la tuberculose multirésistante.

Le Comité technique d'examen des propositions a indiqué que la demande de financement présentait un plan très ambitieux visant à intensifier radicalement toutes les stratégies recommandées mondialement pour mettre fin aux épidémies de VIH et de tuberculose.

L'accent mis sur les communautés et les populations clés ressortait clairement des commentaires du Comité lors de son examen de la demande de financement. Premièrement, le CTEP a indiqué que la demande fournissait des informations utiles sur les populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe. Il a également fait remarquer que les modules proposés pour les populations clés étaient clairement basés sur ces informations.

Deuxièmement, la demande de financement comprenait une composante communautaire visant à élaborer et mettre en œuvre une démarche intégrée et axée sur le patient. Dans le cadre de celle-ci, les organisations communautaires contribueront aux prestations de service de lutte contre la tuberculose par la détection et l'orientation des cas soupçonnés de tuberculose, la recherche des contacts pour les cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante et l'appui à la prise en charge du VIH.

Troisièmement, la demande de financement contenait de nouvelles interventions à destination de plusieurs populations clés, notamment les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les personnes vivant avec un handicap et la population carcérale. Enfin, la demande proposait d'établir des centres de soins pour les jeunes.

Parmi les autres forces signalées par le Comité technique d'examen des propositions, citons le fait que la demande de financement appelait à des stratégies de diagnostic et des démarches de traitement différenciées pour lutter contre la tuberculose et le VIH. Elle contenait en outre « une combinaison exhaustive d'activités » visant à renforcer le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante.

### **Faiblesses et préoccupations**

Le Comité technique d'examen des propositions a signalé huit préoccupations, toutes abordées durant l'établissement de la subvention mais pas nécessairement résolues. Il s'agit des préoccupations suivantes :

**PROBLÈME : Utilisation limitée des machines GeneXpert.** La demande de financement n'exposait pas de vision concernant l'utilisation des machines GeneXpert dans le cadre du dépistage de la tuberculose.

*Résultat :* Ce problème a été partiellement abordé durant l'établissement de la subvention. Le Cameroun élaborera un plan qui comprendra un algorithme de diagnostic de la tuberculose pour chaque population clé, une description des services de diagnostic de la tuberculose et des procédures de contrôle de la qualité, des stratégies destinées à améliorer l'utilisation des diagnostics rapides recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'identification des sources et des déficits de financement.

**PROBLÈME : Cible basse de traitement des cas diagnostiqués de tuberculose multirésistante.** La cible vise le placement sous traitement de deuxième intention (deuxième ligne) de 95 % des patients dont le diagnostic de tuberculose multirésistante a été établi, mais cette cible devrait se situer à 100 %.

*Résultat :* Le Cameroun a confirmé qu'il prévoit de traiter tous les cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués à partir de 2018. Selon l'instance de coordination nationale, il y a par le passé eu des lacunes entre le diagnostic et le traitement, mais des mesures correctives ont été mises en œuvre.

**PROBLÈME : Manque de différenciation dans les interventions visant le VIH.** La demande de financement évoquait la sélection de 38 districts où le Fonds mondial investira

dans la prévention du VIH ciblant les populations clés et signale que dans certains districts, d'autres donateurs financent des activités de lutte contre le VIH. Mais la demande ne cartographiait pas les districts où existe une telle complémentarité avec d'autres donateurs, pas plus qu'elle ne contenait la démarche à adopter dans ces districts.

*Résultat* : Ce problème devait être résolu dans les six premiers mois de mise en œuvre de la subvention. Le Comité technique d'examen des propositions a demandé au Cameroun de cartographier les services par district et de fournir une brève description du processus et du calendrier d'achèvement de la différenciation stratégique par district. Il a également appelé à ce qu'une évaluation des ressources humaines disponibles et des compétences existantes soit menée afin de s'assurer que les équipes de district sont en mesure de gérer la charge de travail attendue d'elles.

**PROBLÈME : Module pour les consommateurs de drogues injectables inadéquat.** Le module n'est pas bien défini, et les activités et le budget ne sont pas alignés.

*Résultat* : Ce problème devait être résolu dans les six premiers mois de mise en œuvre de la subvention. Le CTEP a demandé au Cameroun de réviser la liste des activités et d'élargir les groupes cibles de manière à inclure les consommateurs de drogues, injectables ou autres. Il a également demandé que soient fournis les produits nécessaires pour réduire les risques.

**PROBLÈME : Paiement tardif et partiel des engagements de financement de contrepartie.** La demande de financement ne contenait que des informations partielles sur le respect des exigences en matière de volonté de payer. Il existe un risque significatif que les engagements de cofinancement ne soient pas respectés.

*Résultat* : (Voir la section ci-après sur le cofinancement et la pérennité.)

**PROBLÈME : Les frais à la charge des patients peuvent entraver l'accès aux services.** Les dépenses de santé à la charge des patients au Cameroun sont parmi les plus élevées de la région. Un certain nombre de services liés au VIH et à la tuberculose font l'objet de frais à la charge des patients. L'impact de ces frais en termes d'équité et de couverture n'étaient pas définis dans la demande de financement, et le degré auquel ces interventions sont envisagées dans la mise au point de la stratégie de financement de la santé du pays n'était pas clairement décrit.

*Résultat* : Ce problème devait être résolu durant la mise en œuvre de la subvention. Le Comité technique d'examen des propositions a recommandé que le Cameroun collabore avec les partenaires techniques pour finaliser sa stratégie nationale de financement de la santé de telle manière à s'attaquer à l'impact des frais à la charge des patients sur l'accès aux interventions soutenues par les subventions.

**PROBLÈME : Cibles manquantes pour les adolescentes, les jeunes femmes et les populations clés.** Bien que la demande de financement contienne des informations sur les résultats attendus pour les demandes de fonds de contrepartie, aucune cible accrue n'a été fournie en termes de couverture des services spécifiques.



*Résultat* : Les cibles relatives aux adolescentes et aux jeunes ont été clarifiées durant l'établissement de la subvention. Le Cameroun a indiqué que le cadre de résultats de la subvention CMF fournit une synthèse des cibles, des résultats attendus et des stratégies pour chaque intervention financée au moyen des fonds de contrepartie. Ces interventions concernent notamment la communication pour le changement de comportement, les services adaptés aux adolescents, les services de dépistage adaptatifs pour les adolescentes et les jeunes femmes, les services destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes vivant avec le VIH, la lutte contre le rejet social et la discrimination, la scolarisation des jeunes filles et la prévention et le traitement de la violence basée sur le genre pour les filles et les jeunes femmes.

## **PALUDISME**

En 2017, l'instance de coordination nationale a présenté une demande de financement de 65,5 millions d'euros pour la lutte contre le paludisme. Au moment de l'examen de la demande par le Comité technique d'examen des propositions, le Cameroun n'avait pas encore présenté sa demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée.

Le paludisme est endémique au Cameroun, et continue de poser un grave problème de santé publique. En 2016, le pays a signalé 1,8 million de cas de paludisme ; 29 % des décès d'enfants de moins de cinq ans étaient dus au paludisme. Des interventions programmatiques clés ont été mises en œuvre dans tout le pays, notamment la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD), la chimioprévention du paludisme saisonnier et la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire. D'après les données du programme national de lutte contre le paludisme, la morbidité ambulatoire liée au paludisme est passée de 30,1 % en 2014 à 23,6 % en 2016, et la mortalité a baissé de 22,9 % à 12,4 % au cours de la même période.

La demande de financement relative au paludisme était du type reconduction de programme, ce qui signifie que le Cameroun ne proposait pas d'apporter de changements significatifs à son programme.

### **Problèmes et préoccupations**

Le Comité technique d'examen des propositions a identifié quatre domaines de préoccupation, dont deux ont été partiellement réglés au stade de l'établissement de la subvention.

**PROBLÈME : Non-réalisation des cibles.** Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre le paludisme, le Cameroun n'a pas atteint ses cibles dans les domaines suivants : a) la proportion de femmes enceintes fréquentant des centres de soins prénatals recevant trois doses ou plus de traitement préventif intermittent (IPTp), b) la proportion de cas confirmés de paludisme recevant un traitement de première intention (première ligne) conformément à la politique nationale, c) la proportion d'établissements de santé sans rupture de stock de produits essentiels. Le fait que ces valeurs de référence programmatiques ne soient pas atteintes illustre les problèmes du système de santé liés à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des achats, à la formation des agents de santé à la

politique nationale en matière de prise en charge des cas et au contrôle et à l'assurance de la qualité des services de diagnostic.

*Résultat :* Ce problème a été partiellement abordé durant l'établissement de la subvention. Le Cameroun a expliqué que dans le cadre de la subvention actuelle, le bénéficiaire principal forme actuellement 2 043 agents de santé au diagnostic et à la prise en charge des cas, et qu'en raison de la nécessité de hiérarchiser les activités en fonction du financement disponible dans les limites de la somme allouée, la formation d'agents de santé supplémentaires est reléguée à la demande hiérarchisée au-delà de la somme allouée. Il a également indiqué qu'au titre de la subvention actuelle, 4 892 agents de santé communautaires fournissent un éventail de services de santé, notamment la promotion des soins prénatals, et que la nouvelle subvention permettra de financer 4 500 de ces agents. Le financement de 4 500 agents de santé communautaires supplémentaires est par ailleurs repris dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée.

**PROBLÈME : Engagement insuffisant des populations clés.** Étant donné l'éventail de populations clés et vulnérables ciblées par les activités programmatiques proposées, estime le Comité technique d'examen des propositions, il faudrait accorder davantage d'attention à la participation de ces populations.

*Résultat :* Les documents de la subvention indiquent que ce problème a été partiellement abordé durant l'établissement de la subvention, mais ils ne précisent pas comment. Le CTEP a recommandé que les parties prenantes de la société civile aient un engagement plus significatif dans l'instance de coordination nationale et la planification, la mise en œuvre et le suivi du programme de lutte contre le paludisme. Il a également recommandé que soient menées des évaluations qualitatives et quantitatives pour répondre aux préoccupations de la société civile. Enfin, le Comité a recommandé que le Cameroun collabore avec les partenaires pour garantir que les populations clés et vulnérables soient ciblées au moyen d'interventions efficaces, par exemple de distribution de MIILD et de services de prise en charge des cas à destination des réfugiés. Ces recommandations seront abordées lors de la mise en œuvre de la subvention.

**PROBLÈME : Plus grande participation du secteur privé nécessaire.** Bien que la demande de financement mentionne le rôle du secteur privé dans la lutte contre le paludisme, elle évoque « l'intégration limitée des prestataires du secteur privé ».

*Résultat :* Ce problème sera abordé lors de la mise en œuvre de la subvention. L'instance de coordination nationale et le bénéficiaire principal étudient la possibilité de faire appel à un sous-bénéficiaire du secteur privé.

**PROBLÈME : Nécessité d'engager les pays voisins.** Certaines régions du Cameroun où l'incidence du paludisme est la plus élevée sont situées le long des frontières avec les pays voisins, or le programme proposé n'envisage pas d'interaction avec ces pays.

*Résultat :* Ce problème sera abordé lors de la mise en œuvre de la subvention.

## PAYSAGE DE FINANCEMENT, COFINANCEMENT ET PÉRENNITÉ

Le budget de la santé du Cameroun, qui s'élève à quelque 310 millions d'euros par an, compte parmi les plus importants d'Afrique centrale et occidentale, mais il reste très bas en termes de proportion des dépenses publiques (environ 5 %), et est bien en-deçà de la cible de la déclaration d'Abuja (15 %). C'est ce qui ressort des documents de la subvention.

Pour respecter le critère de cofinancement lié à la période d'allocation 2017/2019, le Cameroun devra investir 32,9 millions d'euros au cours de la période 2018/2020 de mise en œuvre de ses subventions – au-delà des 40,5 millions d'euros investis en 2015/2017. Voir le tableau 3 pour les détails.

**Tableau 3 : Exigence de cofinancement du Cameroun pour 2018/202 (en millions d'euros)**

Maladie	Référence (dépenses précédentes)	Exigence de cofinancement supplémentaire	Engagement total requis
Tuberculose	2,0	2,0	4,0
VIH	25,4	17,8	43,2
Paludisme	13,1	13,1	26,2
<b>Total</b>	<b>40,5</b>	<b>32,9</b>	<b>73,4</b>

Le Comité d'approbation des subventions considère qu'il existe un risque significatif que le Cameroun ne soit pas en mesure de respecter son engagement.

En juin 2017, le Fonds monétaire international a annoncé que l'économie camerounaise est confrontée à un ralentissement de la croissance, un déclin de la marge budgétaire et extérieure, et une dette publique croissante. Selon les documents de la subvention :

« Les pressions socioéconomiques auxquelles le Cameroun est confronté du fait de l'augmentation du nombre de déplacés internes, de la présence de Boko Haram dans le nord, des 2,4 millions de personnes estimées exposées à l'insécurité alimentaire et des tensions croissantes entre les régions anglophones et francophones (plusieurs mois d'agitation, coupures d'Internet, grèves générales et arrestation de dirigeants anglophones dans les régions anglophones) à l'approche des élections présidentielles de 2018 pourraient limiter la marge politique pour mettre en œuvre des réformes majeures des dépenses sanitaires au cours de la prochaine période de mise en œuvre. »

En vue d'atténuer les risques, le Secrétariat mettra en œuvre les mesures suivantes (conformément à la note de politique opérationnelle sur le cofinancement) :

- maintenir les conditions de subvention actuelles exigeant que le gouvernement a) signe un contrat avec l'agent d'approvisionnement du Fonds mondial (paludisme), et b) utilise un compte bancaire séparé géré par la Caisse autonome d'amortissement (une division au sein du ministère des Finances responsable de la gestion des fonds internationaux) pour les engagements publics ;

- exiger l'utilisation de postes spécifiques du budget de financement de contrepartie du Fonds mondial (produits de santé, gestion des achats et des stocks et incitations salariales) ;
- identifier les activités liées aux maladies à financer publiquement ;
- demander au gouvernement de mettre à jour sa lettre d'engagement de manière à refléter les exigences fondamentales et relatives à l'incitation au cofinancement ; et
- demander à l'agent local du Fonds de procéder à des examens annuels du respect des engagements de cofinancement.

La note de politique opérationnelle sur le cofinancement fait partie du manuel des politiques opérationnelles du Fonds mondial (mars 2018), disponible (en anglais) sur le [site Web du Fonds mondial](#) (sous « Documents programmatiques »). La note de politique opérationnelle, datée du 31 mars 2017, se trouve aux pages 105 à 129.

En ce qui concerne les mesures d'appui à la pérennité, le Cameroun élabore en ce moment une stratégie de financement de la santé, et sa stratégie sur 12 ans de renforcement des systèmes de santé contient une vision visant à parvenir à l'accès universel à des services de santé de qualité à l'horizon 2035. Un plan national quinquennal de développement de la santé a été finalisé en 2016.

Selon les documents de subvention, après cinq ans d'expérience, le financement en fonction des résultats s'est avéré pertinent dans le secteur de la santé du Cameroun. Le gouvernement a mobilisé un appui technique et financier pour faire du financement en fonction des résultats un programme national. Depuis 2014, le ministère de la Santé publique finance le financement en fonction des résultats dans la région du Nord-Ouest, à hauteur de 1,5 million de dollars par an environ. Le Cameroun prévoit de déployer le financement en fonction des résultats à l'échelle nationale d'ici 2020.

À ce jour, les principaux bailleurs de fonds de la lutte contre la tuberculose et le VIH au Cameroun sont les pouvoirs publics, le PEPFAR (pour le VIH) et le Fonds mondial. Dans le cadre des efforts de renforcement de la pérennité du programme et d'accroissement du financement des plans stratégiques nationaux, le gouvernement du Cameroun est en contact étroit avec des donateurs externes et des partenaires techniques, parmi lesquels les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, Chemonics, Expertise France, Halte à la tuberculose, TB REACH, l'ONUSIDA, UNITAID, USAID et l'OMS. Le PEPFAR a approuvé un plan opérationnel national 17 d'un montant de 49,6 millions de dollars, qui permettra au gouvernement de couvrir une partie des lacunes en termes de prévention (11 districts) et de traitement (mise à l'échelle dans deux ensembles urbains, 46 districts soutenus) pour les populations clés et les personnes vivant avec le VIH dans les régions du Centre, du Littoral, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.

[HAUT](#)

---

Ceci est le numéro 64 de la lettre d'information de l'Observateur du Fonds mondial (OFM). Pour nous faire parvenir des commentaires, des suggestions de sujets ou des remarques, vous pouvez écrire au

rédacteur en chef, David Garmaise ([david.garmaise@aidspan.org](mailto:david.garmaise@aidspan.org)). Pour vous abonner à l'OFM, rendez-vous sur [www.aidspan.org](http://www.aidspan.org). Les articles sont également disponibles en anglais.

La lettre d'information indépendante et gratuite de l'OFM couvre l'actualité du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et offre analyses, commentaires et opinions. (<http://www.theglobalfund.org/fr/>).

Aidspan ([www.aidspan.org](http://www.aidspan.org)) est une ONG internationale basée à Nairobi, au Kenya, dont la mission est d'agir comme un observateur indépendant du Fonds mondial et de fournir des services qui peuvent profiter à tous les pays désireux d'obtenir un financement du Fonds et d'en faire un usage efficace. Aidspan se finance grâce aux subventions des gouvernements et des fondations. Aidspan n'accepte aucun financement de la part du Fonds mondial, ne fournit aucun travail rémunéré de consultance et son contenu est gratuit. Le Conseil d'administration et le personnel du Fonds mondial n'ont aucune influence sur le contenu de l'OFM ni sur aucune des autres publications d'Aidspan, et ne sont aucunement responsables de ces contenus.

La lettre d'information de l'OFM est disponible en anglais et en français.

Rédacteur en chef de l'OFM : David Garmaise ([david.garmaise@aidspan.org](mailto:david.garmaise@aidspan.org)). Directrice exécutive d'Aidspan : Ida Hakizinka ([ida.hakizinka@aidspan.org](mailto:ida.hakizinka@aidspan.org)).

La reproduction des articles de la lettre d'information est autorisée avec la mention : « Source : lettre d'information de l'Observateur du Fonds mondial ([www.aidspan.org/gfo](http://www.aidspan.org/gfo)), un service d'Aidspan ».

Pour vous désabonner, cliquez [ici](#).

© 2018 Aidspan. Tous droits réservés.

[HAUT](#)