



LE FONDS MONDIAL 2010 INNOVATION ET IMPACT

À LA FIN DE L'ANNÉE 2009, LES PROGRAMMES FINANCÉS PAR
LE FONDS MONDIAL AVAIENT SAUVÉ ENVIRON 4,9 MILLIONS DE VIES



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Ce rapport est basé sur les chiffres à fin 2009. Il a été publié en mars 2010.



UN ASSISTANT DE LABORATOIRE À DELHI PROCÈDE AU DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE. EN INDE, LE PAYS COMPTANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE PATIENTS SOUFFRANT DE LA TUBERCULOSE, LE FONDS MONDIAL SOUTIENT UN NOMBRE CROISSANT DE DÉPISTAGES DE CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE ET LEUR TRAITEMENT.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
RÉSUMÉ	3
1. INTRODUCTION	7
2. OBJECTIFS INTERNATIONAUX : RÉSULTATS ET PROGRÈS	13
2.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS DES PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL	15
2.2 RÉSULTATS-CLÉS PAR RÉGION	17
2.3 CONTRIBUTION AUX EFFORTS INTERNATIONAUX ET ANALYSE DES DÉPENSES	25
2.4 CONTRIBUTION DU FONDS MONDIAL AU PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET DES AUTRES OBJECTIFS INTERNATIONAUX	27
2.5 CONSÉQUENCES DU FINANCEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS	44
2.6 GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES	49
2.7 DÉFIS À RELEVER	57
3. VERS UNE MEILLEURE EFFICACITÉ	61
3.1 UNE AIDE PLUS EFFICACE	62
3.2 MEILLEURE UTILISATION DES RESSOURCES	66
3.3 COÛT UNITAIRE POUR LES INTERVENTIONS PRINCIPALES DANS LES PROGRAMMES	68
3.4 MAXIMISER L'IMPACT : RENTABILITÉ ET RETOUR SUR INVESTISSEMENTS ÉCONOMIQUES	73
3.5 LA VOIE À SUIVRE : CONTINUER À AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE L'AIDE ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	74
4. APPRENDRE ET INNOVER	77
4.1 TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES SUBVENTIONS ET DES OPÉRATIONS DU SECRÉTARIAT	78
4.2 APPRENDRE AU TRAVERS DES ÉVALUATIONS	80
4.3 TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES ÉTUDES CONDUITES PAR LE BUREAU DE L'INSPECTEUR GÉNÉRAL	82
4.4 APPRENDRE AU TRAVERS DES PARTENARIATS	83
4.5 CONTINUER À PRENDRE DE NOUVELLES INITIATIVES ET À INNOVER	84
5. CONCLUSION	91
RÉFÉRENCES	94
ANNEXES	100
ANNEXE 1. LISTE DES ENCADRÉS, FIGURES ET TABLEAUX	100
ANNEXE 2. STRUCTURE DU FONDS MONDIAL ET RÉGIONS	102
ANNEXE 3. RÉCAPITULATIF DES PROGRAMMES FINANCÉS PAR LE FONDS MONDIAL	106

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
AMFm	Médicaments abordables contre le paludisme
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Antirétroviraux
CCM	Instance de coordination nationale
DOTS	Stratégie de contrôle de la tuberculose approuvée au niveau international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HIV/TB	Co-infection VIH/tuberculose
HSSS	Renforcement des systèmes de santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
OC	Organisation confessionnelle
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEPFAR	Plan d'aide d'urgence présidentiel de lutte contre le sida, États-Unis
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TRP	Comité technique d'examen des propositions
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

EN SIERRA LEONE, UNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE RÉCONFORTE UNE FEMME QUI VA AVOIR SON PREMIER ENFANT DANS UN DISPENSAIRE. L'AIDE DU FONDS MONDIAL CONTRIBUE AUX EFFORTS NATIONAUX VISANT À RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DUES AU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.

RÉSUMÉ

LE FONDS MONDIAL : PRÉVENIR LES MALADIES, APPORTER SOINS ET SOUTIEN ET SAUVER DES VIES

1. **Chaque jour, les programmes financés par le Fonds mondial sauvent au moins 3 600 vies ; ils préviennent des milliers de nouvelles infections et apaisent d'indiscutibles souffrances.**

2. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, est un **partenariat public-privé** établi en 2002 pour mobiliser la communauté internationale et intensifier la riposte aux trois épidémies mondiales, contribuant ainsi à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Depuis sa création jusqu'en décembre 2009, **le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé des propositions totalisant 19,2 milliards de dollars US et a décaissé 10 milliards de dollars US pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.** Pour maximiser l'impact de son action, chaque dollar versé au Fonds mondial est directement alloué au financement de programmes dans les pays. Le Fonds mondial ne possède pas de bureau dans les pays et ses frais de fonctionnement sont presque entièrement couverts par les revenus d'investissements générés par le Trust Fund de la Banque Mondiale dans lequel les contributions sont déposées.

3. Les résultats et leur impact - mentionnés dans ce rapport - sont **l'œuvre de tous les partenaires qui**

collaborent au sein du Fonds mondial. Le succès du Fonds mondial repose sur les promesses d'engagement financier des donateurs, les conseils techniques des partenaires multilatéraux et leur collaboration, et en particulier sur la gestion et la mise en œuvre des programmes par les partenaires des pays récipiendaires - gouvernements, organisations de la société civile et le secteur privé.

4. **VIH.** Fin décembre 2009, **les programmes financés par le Fonds mondial ont permis à 2,5 millions de personnes de bénéficier d'un traitement antirétroviral.**

Le montant des propositions approuvées, dans le cadre de la lutte contre le VIH, s'élève à près de 10,8 milliards de dollars US répartis entre 140 pays. On estime que le Fonds mondial aurait financé en 2008 le cinquième du total des investissements bilatéraux et multilatéraux consacrés à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Outre les traitements antirétroviraux fournis, les programmes financés par le Fonds mondial ont aussi permis de distribuer 1,8 milliard de préservatifs pour hommes et femmes ; 790 000 femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement préventif de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; 4,5 millions de prestations de soins de base ont été délivrés aux orphelins et enfants fragilisés par le sida, et 105 millions de consultations de conseils et de dépistage du VIH ont été assurées. Un faisceau grandissant de preuves démontrent que les financements accordés par le Fonds mondial - et par ses partenaires - ont permis de réduire le taux de mortalité due au sida dans les pays où la

distribution d'antirétroviraux a été rapidement élargie. On constate également d'autres impacts notables, comme l'augmentation du taux de survie et de productivité des professionnels clés et autres travailleurs, ainsi qu'une amélioration systématique dans la délivrance des soins.

5. **Tuberculose.** A la fin 2009, les programmes financés par le **Fonds mondial avaient permis de fournir des traitements à 6 millions de personnes atteintes de la tuberculose active.** Le Fonds a contribué à hauteur de 63 pour cent aux financements internationaux externes de la lutte contre la tuberculose simple et multirésistante dans les pays à faibles et moyens revenus. Les propositions approuvées pour la lutte contre la tuberculose s'élevaient au total à près de 3,2 milliards de dollars US répartis entre 112 pays. Ces sommes représentent 48 pour cent du montant nécessaire estimé par le Partenariat Halte à la tuberculose pour atteindre les objectifs de dépistage par analyse microbienne et de traitement des nouveaux cas diagnostiqués. Les programmes financés par le Fonds mondial ont aussi permis de dispenser 1,8 million de services liés à la prise en charge des co-infections tuberculose/VIH. Dans bon nombre de pays où le Fonds mondial finance des programmes, on observe un déclin de la prévalence de la tuberculose et du taux de la mortalité due à cette maladie.

6. **Paludisme.** À la fin 2009, **les programmes financés par le Fonds mondial ont permis la distribution de 104 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme.** Ils ont aussi rendu possible plus de 19 millions de pulvérisations d'insecticide à effet persistant dans les habitations et le traitement de 108 millions de cas de paludisme en se conformant aux directives nationales de traitement. Les propositions approuvées pour la lutte contre le paludisme se sont élevées à 5,3 milliards de dollars US répartis entre 83 pays. En 2008, le Fonds mondial a fourni 57 pour cent des sommes investies à l'échelle internationale pour la lutte contre le paludisme. Les investissements du Fonds ont joué un rôle crucial dans l'introduction de traitements novateurs et efficaces contre le paludisme dans plusieurs pays où la pharmacorésistance à des traitements plus anciens est élevée. De concert avec les efforts nationaux et internationaux de plus en plus soutenus pour la lutte contre le paludisme, **le financement accru du Fonds mondial a des répercussions importantes sur les taux de morbidité et de mortalité dues au paludisme à l'échelle de la planète, de plus en plus de pays signalant une réduction de plus de 50 pour cent du nombre de décès liés au paludisme.**

7. **Le Fonds mondial soutient les interventions communautaires.** Depuis 2003, les efforts ont permis de dispenser 138 millions de services de prévention de proximité dans les communautés pour au moins l'une des trois maladies. 11,3 millions de sessions de formation pour les professionnels de santé et les personnels communautaires ont été organisées.

8. **Fin décembre 2009, ces efforts combinés ont permis de sauver environ 4,9 millions de vies** et redonner espoir aux 33 millions de personnes vivants avec le VIH,

aux centaines de milliers de personnes affectées ou exposées chaque année au paludisme ainsi qu'aux 9,4 millions de personnes qui contractent la tuberculose annuellement. De plus en plus de résultats positifs seront observés dans les années à venir, car la moitié de l'ensemble des fonds décaissés par le Fonds mondial l'a été en 2008 et 2009. La majeure partie des 5,4 milliards de dollars US des financements approuvés lors des Séries 8 et 9 sera disponible dans les pays en 2010 et 2011 et continuera d'améliorer de manière considérable les résultats sanitaires déjà obtenus.

OBTENIR UN IMPACT PLUS LARGE : AMÉLIORER LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET CONTRIBUER À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

9. Les investissements du Fonds mondial pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ont un impact qui va au-delà de celui sur les individus, les familles et les communautés. **Ils constituent d'importants investissements réalisés dans les systèmes de santé** pour améliorer les infrastructures, moderniser les laboratoires, accroître les ressources humaines, augmenter les capacités et les compétences des professionnels de santé, développer et appuyer les activités de suivi et d'évaluation. **Ces investissements permettent ensuite aux pays d'accroître leur capacité à améliorer les services dans d'autres domaines de la santé. Enfin, ils se traduisent par l'amélioration de l'état de santé des populations et l'augmentation de la productivité, autant de facteurs qui aident les pays à renforcer leur développement.**

10. **Ces investissements ont favorisé les avancées vers la réalisation des OMD** grâce à une contribution directe aux OMD 4, 5, 6 et 8 et indirecte aux autres objectifs. L'investissement de 19,2 milliards de dollars US approuvé par le Fonds mondial constitue une contribution à l'OMD 6 (« Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies »). De plus, d'importantes contributions ont été apportées à l'OMD 4 (concernant la mortalité infantile) et à l'OMD 5 (concernant la mortalité maternelle) afin de lutter contre la plus grande cause de mortalité chez les femmes et les enfants. C'est particulièrement le cas en Afrique subsaharienne où le VIH, la tuberculose et le paludisme sont responsables de 52 pour cent des décès chez les femmes en âge de procréer, et où le paludisme à lui seul est responsable de 16 à 18 pour cent de la mortalité infantile.

OBTENIR DES RÉSULTATS ET PROMOUVOIR L'ÉQUITÉ

11. Le modèle financier innovant du Fonds mondial a été conçu pour répondre rapidement et avec efficacité aux besoins considérables de financement des pays supportant le plus lourd fardeau du sida, de la tuberculose et du paludisme, tout en assurant **transparence et responsabilisation des donateurs et des bénéficiaires.** Ce modèle est en évolution constante et, en 2009, il a mis à l'essai de nouvelles façons de renforcer la prise en charge et la gouvernance des pays, d'élargir l'accès aux médicaments

pouvant sauver des vies et autres produits pour la santé, et de promouvoir l'équité en matière de santé.

12. L'accès équitable aux services est l'axe fondamental de la mission du Fonds mondial. Pour accorder des subventions, le Fonds mondial accorde une attention toute particulière aux besoins de chaque pays, évalués par des indicateurs tels que la morbidité et le niveau de pauvreté. Le Fonds mondial s'assure également que les programmes qu'il finance subviennent aux besoins des plus pauvres, des groupes à risque et marginalisés, par le biais, par exemple, de ses **nouvelles stratégies liées à l'égalité des genres et aux questions d'orientation sexuelle et d'identité**. Qui plus est, il est devenu le premier financeur d'interventions en faveur des usagers de drogues par injection avec des investissements considérables effectués dans 42 pays.

13. Entre 2005 et 2009, près de quatre subventions accordées sur cinq démontraient de bons résultats. Actuellement, ce sont les subventions destinées à la lutte contre la tuberculose qui présentent les meilleurs résultats et les organisations de la société civile qui constituent les bénéficiaires les plus performants.

14. Le Fonds mondial s'emploie toujours à **apprendre, à améliorer et à innover** par l'intermédiaire de ses opérations. L'une des meilleures possibilités d'apprentissage vient de l'engagement de différentes partenaires à la gouvernance du Fonds mondial : les gouvernements, la société civile, le secteur privé, les communautés affectées et les agences bilatérales et multilatérales.

CONTINUER À APPRENDRE, AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET INNOVER

15. **Le Fonds mondial contribue à l'effort mondial pour améliorer l'efficacité de l'aide**, en particulier dans le domaine de la gestion orientée sur les résultats, en assurant le rôle de chef de file en matière de suivi de l'efficacité et en partageant son expérience d'un financement axé sur les résultats.

16. Au sein du Fonds mondial, le Conseil d'administration, les Comités du Conseil d'administration, l'équipe de gestion du Secrétariat, le Groupe de référence d'évaluation technique et le Bureau de l'Inspecteur général contribuent à déterminer les secteurs clés des programmes et du modèle de gestion de l'organisation nécessitant une évaluation ou une amélioration. **Ces efforts constants pour évaluer la situation et apprendre contribuent à maximiser la réactivité, l'efficacité et la performance du Fonds mondial.**

17. **La performance à toutes les phases de la chaîne du financement est la priorité première du Fonds mondial.** Il s'agit, entre autres, de mettre au point et de promouvoir avec les partenaires des méthodes normalisées permettant aux pays d'évaluer l'efficacité et l'efficacé des principaux services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme. L'analyse approfondie des résultats qui intervient au bout de la deuxième année de la subvention contribue également à la performance, en permettant de réaffecter des

fonds à d'autres programmes, lorsque les résultats produits par les programmes financés sont insatisfaisants ; cela permet aussi d'identifier les améliorations dans l'efficacité. Pour 2009 seulement, **près d'1 milliard de dollars US a été dégagé pour financer de nouvelles subventions**. Le Mécanisme Volontaire d'Approvisionnement Groupé (VPP) réduit les coûts et augmente la qualité des produits pharmaceutiques et autres produits de santé ; aussi, la collaboration avec des partenaires techniques permet-elle d'élargir et d'optimiser l'accès à des interventions pouvant sauver des vies.

18. **Grâce à son portefeuille de subventions dans 144 pays, le Fonds mondial a mis au point et consolide maintenant des analyses de données relatives au coût unitaire des services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme.** Cette analyse peut permettre d'établir une référence internationale en matière de coûts unitaires et aider les pays à comparer leurs coûts. Dans les années à venir, ce type d'analyse permettra de réaliser des économies, de révéler les bonnes pratiques et le gaspillage, et de contribuer à estimer les besoins lors de futures demandes de subventions.

MAINTENIR L'ÉLAN POSITIF POUR OBTENIR RÉSULTATS ET IMPACT

19. Le Fonds mondial est en train de réaliser la vision extraordinaire de ses fondateurs, de ses donateurs et des pays bénéficiaires : il a fortement intensifié la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, tout en contribuant à améliorer les systèmes de santé et la réalisation des OMD. L'élimination presque totale de la transmission mère-enfant du VIH à l'échelle mondiale est possible d'ici 2015. L'intensification massive des programmes de préventions du VIH et de la distribution d'antirétroviraux se poursuit, bien que l'on soit encore loin de l'accès universel à des mesures préventives étendues et éprouvées contre le VIH, aux traitements, soins et soutien. La prévalence de la tuberculose a considérablement diminué durant la dernière décennie et l'objectif international de réduire de moitié sa prévalence pourrait être atteint d'ici à 2015. La distribution sans précédent des moustiquaires imprégnées d'insecticide et de traitements innovants efficaces a permis d'avancer à grands pas dans la lutte contre le paludisme. L'intensification rapide des mesures de prévention, des traitements, des soins et du soutien pour ces trois pandémies est synonyme d'espoir et – comme en témoignent les résultats observés dans ce rapport – a eu un impact positif sur des millions de vies humaines.

20. Ces progrès sans précédent n'auraient pu se produire sans le soutien des donateurs et des organisations partenaires. Dans les années à venir, les engagements considérables et constants des donateurs seront nécessaires pour consolider les acquis, atteindre les OMD d'ici à 2015 et l'accès universel aux services liés au VIH, à la tuberculose, et au paludisme. 2010 devrait donner lieu à des engagements extraordinaires de la part des secteurs public et privé, afin de conserver les acquis et de s'appuyer sur les résultats importants obtenus au cours de la dernière décennie.

EN INDE, L'AIDE DU FONDS MONDIAL PERMET ENTRE AUTRES D'ACCROÎTRE LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS OFFRANT LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT.





1. INTRODUCTION

« Le Fonds mondial a été créé pour changer la situation et s'attaquer de front aux trois maladies qui condamnent un grand nombre de personnes à une mauvaise santé, à la pauvreté, à une mort précoce évitable, à la discrimination et à toute autre forme de violations des droits de l'homme. C'est cette vision stimulante et noble qui unit notre action au sein du Fonds mondial. »

— MICHEL KAZATCHKINE
DIRECTEUR EXÉCUTIF
DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA,
LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

ESPOIR, INNOVATION, RÉSULTATS ET IMPACT – À TRAVERS LE MONDE

1. L'augmentation substantielle des ressources dédiées à la santé au cours des huit dernières années, par le biais de l'aide au développement et d'autres sources, a modifié le cours des choses dans le domaine du sida, de la tuberculose et du paludisme, et concernant plus largement les problèmes de santé auxquels sont confrontés les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Les résultats et les signes manifestes de l'impact, présentés dans ce rapport, sont source d'espoir et d'encouragement.

2. Il y a dix ans, pratiquement aucune personne vivant avec le sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne recevait de traitement antirétroviral, bien que ces traitements aient été disponibles dans les pays à revenus élevés depuis 1996. A la fin 2008, plus de 4 millions de personnes avaient accès à ces traitements, ce qui représente plus de 40 pour cent des personnes en ayant un besoin urgent. La mortalité due au sida a depuis lors baissé dans de nombreux pays sévèrement touchés par la maladie. Par exemple, en Éthiopie, à Addis Abeba la capitale, l'introduction des traitements antirétroviraux a fait baisser d'environ 50 pour cent les décès liés au sida chez les adultes en l'espace de cinq ans.

3. Pendant longtemps, très peu a été fait pour mettre un frein à la propagation du paludisme. Aujourd'hui, au moins dix pays africains où la maladie est endémique ont signalé une diminution des nouveaux cas de paludisme et une chute importante de 50 à 80 pour cent de la mortalité infantile.

4. En 2000, la prévalence de la tuberculose était de 220 pour 100.000 personnes. Aujourd'hui, nous sommes sur la bonne voie vers la réalisation de l'objectif international de réduire de moitié la prévalence de la tuberculose d'ici à 2015. Le diagnostic de la tuberculose est beaucoup plus efficace et 6 millions de personnes supplémentaires ont eu accès au traitement DOTS (traitement relevant de la stratégie « Halte à la tuberculose », grâce à l'aide du Fonds mondial.

5. Il reste encore beaucoup à faire, mais des progrès significatifs ont été réalisés en termes de mortalité, et de réduction des souffrances ainsi que des coûts économiques et sociaux que ces pandémies ont infligés aux familles et aux sociétés.

6. La communauté internationale a aujourd'hui une occasion extraordinaire de s'approcher, d'atteindre, voire de dépasser les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé –à savoir, les huit objectifs que chaque État membre des Nations Unies a accepté de poursuivre en 2000 (voir l'encadré 1.1). Nombre de cibles internationales concernant l'OMD 6 « Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies » pourraient être atteintes, et des progrès très significatifs concernant les OMD 4 et 5 (réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle) pourraient être réalisés, ce qui pourrait contribuer à la réalisation d'autres OMD.

ENCADRÉ 1.1 LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

- OBJECTIF 1** Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- OBJECTIF 2** Assurer l'éducation primaire pour tous
- OBJECTIF 3** Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- OBJECTIF 4** Réduire la mortalité infantile
- OBJECTIF 5** Améliorer la santé maternelle
- OBJECTIF 6** Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
- OBJECTIF 7** Assurer un environnement durable
- OBJECTIF 8** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Source: Nations Unies (4)

7. Si nous continuons d'avancer au même rythme que cette dernière décennie et si les pays continuent d'intensifier leurs programmes de la même manière, le paludisme pourrait ne plus être un problème de santé publique dans la plupart des pays où la maladie est endémique, et nous pourrions espérer un monde où il n'y aurait plus de décès liés au paludisme d'ici à 2015. Des millions d'infections par le VIH pourraient être évitées et des vies qui, autrement, seraient emportées par le sida, pourraient être sauvées. La menace croissante de la tuberculose multirésistante pourrait être endiguée et il serait possible d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En même temps, nous pourrions renforcer les systèmes de santé et mieux gérer les nombreux autres défis de la santé publique auxquels font face les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

8. Dans le domaine du développement, il est rare d'observer une corrélation aussi rapide entre l'investissement et les résultats/impacts escomptés, comme on a pu l'observer ces dernières années dans la lutte contre ces trois pandémies. Des investissements internationaux accrus ont permis de mettre en place sur le terrain, rapidement et efficacement, des services de santé qui bénéficient à des centaines de millions de personnes. Malgré un manque d'installations, des centaines de milliers de professionnels de santé dans le monde entier ont fait usage des nouvelles ressources pour sauver des millions des vies.

9. Les efforts pour fournir la thérapie antirétrovirale dans le cadre du VIH, ou un traitement efficace contre la tuberculose et le paludisme aux patients situés dans des régions pauvres et souvent inaccessibles, pour fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide à des millions de familles et pour empêcher la propagation des trois maladies dépassent largement le champ de la santé. Ils ont permis au monde de s'unir autour d'un programme commun et d'un but humanitaire.

UNE GRAND-MÈRE JOUE AVEC SON PETIT-FILS. C'EST ELLE QUI S'OCCUPE DE LUI DEPUIS QUE SA FILLE EST PARTIE À L'ÉTRANGER POUR CHERCHER DU TRAVAIL. EN MOLDAVIE, LE FONDS MONDIAL SOUTIENT LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE EN FAVEUR DES POPULATIONS MOBILES.



RÉSULTATS ET IMPACT DU FONDS MONDIAL

10. Le Fonds mondial a été créé en 2002 pour accélérer les progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé d'ici à 2015. Le Fonds mondial est une institution de financement internationale indépendante qui collecte et décaisse à grande échelle des ressources en faveur des pays ayant besoin de financements pour lutter contre ces trois maladies et pour renforcer leurs systèmes de santé.

11. Le Fonds mondial a été créé en s'inspirant des enseignements tirés des précédentes expériences d'aide au développement ainsi que des modèles de collaboration internationale les plus récents. Il propose un financement fondé sur des propositions de haute qualité et s'appuie sur la planification et les priorités nationales pour garantir que les fonds parviennent effectivement à ceux qui en ont besoin et soient investis dans les interventions les plus susceptibles d'avoir un impact sur les trois maladies.

12. Le principe de « financement en fonction des résultats » est l'un des principes-clés qui orientent tous les aspects de son action (voir l'encadré 1.2.). Depuis la phase de présentation des propositions jusqu'aux décisions concernant le décaissement des fonds et la poursuite du financement aux périodes-clés de chaque subvention, l'évaluation des résultats demeurent l'unique facteur déterminant.

13. **Le chapitre 2 du rapport, « Résultats et progrès concernant les objectifs internationaux »,** récapitule les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial, à l'échelle internationale et dans les régions où il finance des programmes : il met également en relief les défis qui persistent. Ce chapitre – comme le rapport en général – fait une synthèse des résultats obtenus à la fin décembre 2009, en utilisant l'analyse recourant au cadre d'évaluation du Fonds mondial en matière de résultats opérationnels. Le chapitre 2 expose également dans quelle mesure le Fonds mondial contribue à l'effort international de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, démontrant que peu de temps après sa création, le Fonds mondial était devenu le principal investisseur multilatéral mondial dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il fournit aujourd'hui 63 pour cent de la totalité du financement externe de la lutte contre la tuberculose, 57 pour cent du financement externe de la lutte contre le paludisme et environ un cinquième du financement total des pays donateurs dans le cadre de la lutte contre le VIH. Ce chapitre présente ensuite la façon dont les investissements du Fonds mondial pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme se répercutent également sur le renforcement des systèmes de santé, contribuant ainsi directement à progresser vers la réalisation des OMD 4, 5, 6 et 8 et, indirectement, des autres OMD ; il examine certains résultats du modèle de financement du Fonds mondial en fonction des résultats ; enfin, il décrit les approches adoptées par le Fonds mondial pour parvenir à une meilleure équité dans l'accès aux services de santé, et pour améliorer les résultats sanitaires lorsque les inégalités persistent.

14. Le Fonds mondial suit de près les résultats liés à ses investissements directs dans 144 pays – mais également les résultats et les signes de l'impact des programmes nationaux qu'il soutient. Ces derniers, présentés dans le chapitre 2 du rapport, ne constituent pas un tableau exhaustif des progrès accomplis dans le domaine de la santé ces dernières années. Ils démontrent néanmoins les changements et les améliorations que les investissements mondiaux pour la santé ont permis d'obtenir.

15. Le Fonds mondial est un partenariat au sens propre du terme. Son succès repose sur les promesses d'engagements financiers des donateurs, les conseils techniques – et la collaboration – des organisations multilatérales, et en particulier sur la gestion et l'exécution des programmes par les partenaires des pays bénéficiaires, comprenant les gouvernements, les organisations de la société civile et le secteur privé. À chaque fois que « le Fonds mondial » est mentionné dans ce rapport, il faut ainsi comprendre que cette dénomination englobe les efforts collectifs de tous les associés qui fournissent et transforment ensemble les ressources en services sur le terrain. **Le mérite revient à tous les partenaires, pour leurs actions qui permettent à ces services de voir le jour.**

16. **Le chapitre 3, « Améliorer l'efficacité »** montre comment l'envergure et la nature de l'action en tant qu'institution financière mondiale, lui ont permis de devenir le principal partenaire d'autres organismes œuvrant à l'efficacité des investissements dans le domaine de la santé et du développement. Le Fonds mondial est signataire de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et travaille en étroite collaboration avec les pays et organismes partenaires pour promouvoir les principes de la Déclaration, à savoir l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité mutuelle. Ce chapitre décrit un certain nombre d'initiatives prises par le Fonds mondial en 2009 pour améliorer l'efficacité de l'aide et pour augmenter l'optimisation des ressources à chaque étape de la chaîne de financement, notamment en mettant en place des systèmes visant à une meilleure rentabilité des ressources, à l'aide des analyses de rentabilité des investissements du Fonds mondial pour ces principales interventions.

17. **Le chapitre 4, « Apprendre et Innover »,** montre comment le Fonds mondial, tirant profit des riches expériences et des enseignements tirés de ses précédents investissements dans toutes les régions du monde, apprend constamment, évolue, entreprend et innove, assurant ainsi sa capacité à répondre rapidement à la demande et aux défis sanitaires et de développement en constante évolution. Ce chapitre explique la façon dont le Fonds mondial agit en fonction des résultats de l'Évaluation quinquennale, communiqués au Conseil d'administration du Fonds mondial en 2009. Il décrit ensuite certaines des initiatives et innovations que le Fonds mondial a entreprises depuis sa création, en mettant l'accent sur les initiatives mises en œuvre ou approuvées en 2009, notamment l'adoption de la nouvelle architecture de subventions qui établira un flux unique de financement par Réciendaire Principal et par maladie.

LA VOIE À SUIVRE

18. **Le chapitre 5, « Conclusions »**, rappelle que les résultats présentés dans ce rapport doivent être source d'optimisme – mais rappelle également que les progrès accomplis au cours des dernières années sont fragiles. Une réduction – ou même une stagnation – des efforts inverserait les mouvements positifs engagés. En ces temps de crise économique et financière, des investissements continus accrus dans la santé en général et, plus spécifiquement, dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sont plus importants que jamais. La crise financière a frappé les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de façon disproportionnée, et ces derniers luttent aujourd'hui pour maintenir leurs investissements dans les dossiers de santé. Des investissements continus sont nécessaires, non seulement pour atteindre ou dépasser les OMD relatifs à la santé, mais également pour aider à préserver la stabilité mondiale et à protéger les pays et les communautés sujets à des risques de maladies.

19. Le présent rapport devrait redonner espoir – mais avant tout, être une source d'inspiration pour tous les secteurs de la société – public et privé – et inciter chaque individu à s'engager à continuer d'intensifier la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme, pour conserver les acquis obtenus et s'appuyer sur ces derniers pour poursuivre le chemin.

ENCADRÉ 1.2 PRINCIPES DU FONDS MONDIAL

PLUSIEURS PRINCIPES ORIENTENT L'ACTION DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, DE LA GOUVERNANCE À L'ALLOCATION DES SUBVENTIONS:

- Agir comme instrument financier, et non comme exécutant.
- Obtenir et mobiliser des ressources financières supplémentaires.
- Soutenir des programmes qui découlent des projets et priorités des pays.
- Agir de manière équilibrée en termes de régions, maladies et d'interventions différentes.
- Suivre une approche intégrée et équilibrée de la prévention et des traitements.
- Évaluer les propositions par le biais de processus d'examen indépendants.
- Agir avec transparence et responsabilité.

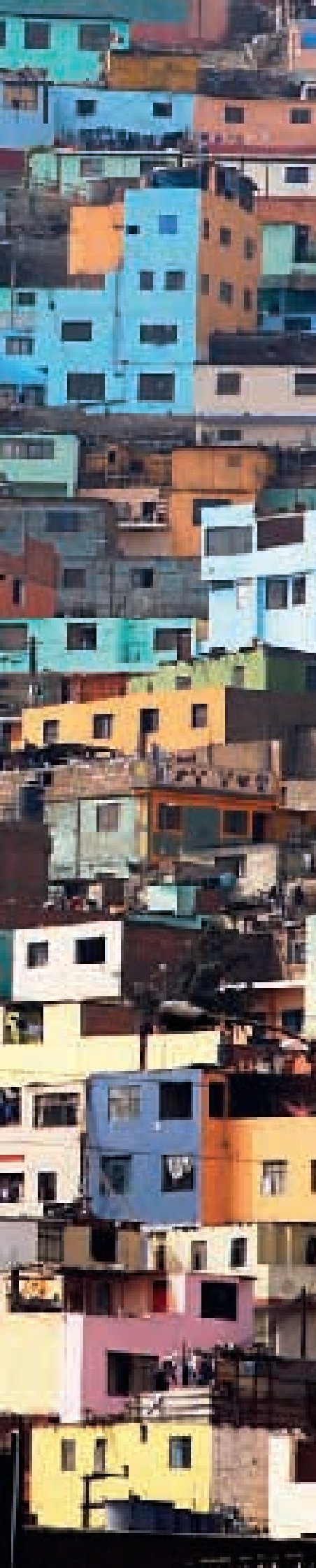
Source: Le Fonds mondial (6)



DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME, UNE TRAVAILLEUSE DE PROXIMITÉ RAPPELLE AUX POPULATIONS DE DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ET DE CHERCHER UNE AIDE MÉDICALE EN CAS DE FIÈVRE. ELLE OEUVRE AUPRÈS DES PERSONNES TRAVAILLANT DANS LA CULTURE DU COTON DANS UNE ZONE RURALE DU TADJIKISTAN OÙ LE PALUDISME EST ENDÉMIQUE, MAIS OÙ IL EST EN VOIE D'ÉRADICATION.



LA MALADIE GAGNE LES POPULATIONS MAL NOURRIES ET VIVANT À L'ÉTROIT ; AU PÉROU, LE FONDS MONDIAL ACCORDE DES PRÊTS À DES PROJETS GÉNÉRATEURS DE REVENUS. CES REVENUS MODÊTES INCITENT LES PATIENTS À SUIVRE LEUR TRAITEMENT, LEUR PERMET DE MIEUX S'ALIMENTER ET DE SE RÉTABLIR PLUS RAPIDEMENT.



2. OBJECTIFS INTERNATIONAUX : RÉSULTATS ET PROGRÈS

« Auparavant on disait, « tant de personnes sont mortes du paludisme ». Aujourd'hui, on dit « tant de personnes ont contracté le paludisme mais ont bénéficié d'un traitement et vont désormais mieux. »

— SEGUNDO TESTA RUIZ,
PROFESSIONNEL DE SANTÉ BÉNÉVOLE AU
PÉROU

ENCADRÉ 2.1 QUELLE CRÉDIBILITÉ FAUT-IL ACCORDER AUX DONNÉES RELATIVES AUX SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL ?

Le Fonds mondial prend ses décisions de financement en fonction des résultats. Ce système repose sur une évaluation transparente des données programmatiques par rapport aux échéances déterminées. Cette évaluation dépend de la capacité de suivi et d'évaluation des pays ainsi que de la communication des résultats, régulièrement vérifiée par l'Agent local du Fonds. Le Fonds mondial encourage les pays à consacrer cinq à dix pour cent de leurs budgets programmatiques au suivi et à l'évaluation, aux systèmes d'informations sanitaires et à la capacité d'analyse.

Afin de garantir la qualité des données, un certain nombre d'initiatives ont été élaborées dans le but d'évaluer les systèmes de suivi et évaluation des subventions et la qualité des données, notamment :

- le contrôle systématique et périodique des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Les résultats de cette évaluation devraient permettre de renforcer ces systèmes.
- la vérification des données sur place, requise au moins une fois par an pour chaque subvention. L'objectif est d'évaluer la qualité des données programmatiques soumises au Secrétariat du Fonds mondial.
- les vérifications de la qualité des données, menées chaque année pour des subventions préalablement sélectionnées. La vérification de la qualité des données consiste à évaluer la capacité des systèmes de suivi et d'évaluation à collecter et communiquer des données de qualité, et à vérifier la précision des principaux indicateurs et leur performance en matière de communication de données.
- l'harmonisation des données avec celles des partenaires internationaux (comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et le PEPFAR)

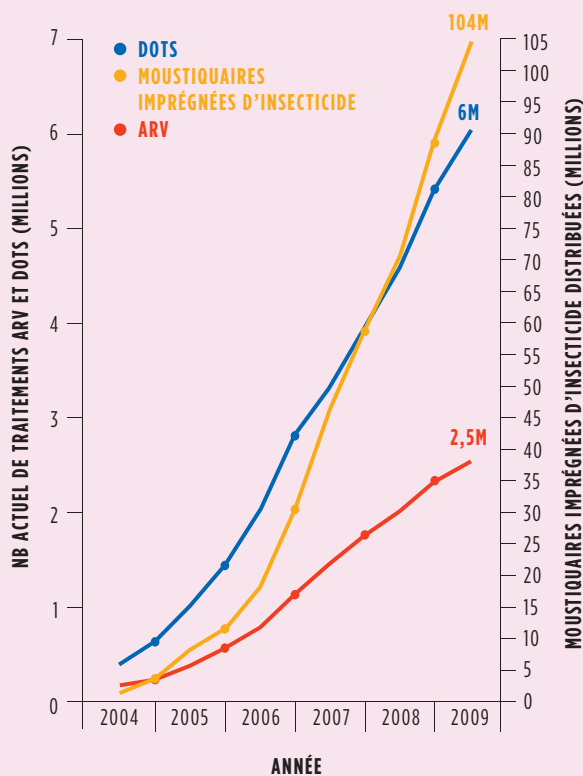
Selon l'analyse de 90 rapports vérifiés sur place, la qualité des données s'est avérée satisfaisante pour 52 pour cent des subventions (47), moyenne pour 31 pour cent des subventions (28) et faible pour 17 pour cent des subventions (15)

En collaboration avec ses partenaires, le Fonds mondial élabore actuellement une stratégie globale en matière de qualité des données et d'utilisation des informations. Cette stratégie requiert l'identification des problèmes actuels ou potentiels concernant la qualité des données ainsi que les causes profondes de tels problèmes. Elle proposera également une orientation stratégique concernant un certain nombre de questions, notamment les méthodes visant à améliorer la qualité des données.

Les systèmes d'informations sont examinés plus avant lors des enquêtes menées par le Bureau de l'Inspecteur général, une entité indépendante du Fonds mondial placée sous l'autorité directe du Conseil d'administration. La mission du Bureau de l'Inspecteur général est de fournir au Fonds mondial des assurances indépendantes et objectives de l'efficacité des contrôles existants pour gérer les risques majeurs, comme la qualité des données, qui a des répercussions sur les programmes et les opérations.

FIGURE 2.1 PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL, 2004-2009 : RÉSULTATS CUMULÉS EN FIN D'EXERCICE DES TROIS PRINCIPAUX INDICATEURS POUR LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

(NOMBRE DE PERSONNES BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT ARV, TRAITEMENT DOTS ET NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES)



Remarque : les résultats comptabilisés par année ne correspondent pas nécessairement aux services réellement fournis pendant cette période car les cycles de communication de données des subventions ne suivent pas toujours les années civiles. Les chiffres du Fonds mondial peuvent prendre en compte des services et des produits co-financés par d'autres donateurs.

Le Fonds mondial, données relatives aux subventions, 2009 www.theglobalfund.org.

TABLEAU 2.1 INTERVENTIONS DU FONDS MONDIAL EN 2009 ET TOTAL DES RÉSULTATS INTERNATIONAUX EN 2008

	PERSONNES SOUS TRAITEMENT ARV	NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE À MICROSCOPIE POSITIVE DÉTECTÉS	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES
RÉSULTATS DU FONDS MONDIAL, 2009	2,5 MILLIONS (ACTUELLEMENT SOUS TRAITEMENT)	6 MILLIONS (NOMBRE CUMULÉ) 1,4 MILLIONS (SIGNALÉS EN 2009)	104 MILLIONS (NOMBRE CUMULÉ POUR TOUTES LES RÉGIONS) 22,5 MILLIONS (SIGNALÉS EN 2009, AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
TOTAL POUR 2008	4,03 MILLIONS (1)	2,7 MILLIONS (2)	38,1 MILLIONS (2) (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
COUVERTURE EN 2008	42% (1)	61% (3)	35% (2) (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)

Remarque : Les nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive (communiqués en 2009) et le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (communiqué en 2009) correspondent à la différence entre les résultats cumulés comptabilisés fin 2008 et fin 2009. Ils ne représentent pas nécessairement les services réellement fournis en 2009 car les cycles de communication de données des subventions ne suivent pas toujours les années civiles. Les résultats du Fonds mondial peuvent prendre en compte des services et des produits co-financés par d'autres donateurs. Les résultats et les estimations de couverture les plus récents dans les pays à revenu faible et intermédiaire concernent l'année 2008. Le total inclut les résultats tant du Fonds mondial que les autres résultats. La « couverture » correspond à la couverture totale dans les pays à revenu faible et intermédiaire par rapport aux besoins estimés.

1. Le Fonds mondial a mis en place ses premières subventions à la fin de l'année 2002. Depuis lors, grâce aux programmes qu'il finance, des millions de personnes ont été mises sous traitement ARV contre le VIH, et des millions d'autres ont reçu un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose, ou encore, ont été protégées contre le paludisme grâce aux moustiquaires imprégnées d'insecticide. **L'impact des premiers investissements est de plus en plus manifeste. Le poids du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans le monde entier s'en trouve diminué, la capacité des systèmes de santé des pays à revenu faible et intermédiaire s'améliore, et des progrès vers les objectifs mondiaux en matière de santé et de maladies ont été accomplis**, en particulier vers les OMD. Etant donné la récente intensification des efforts, on s'attend à une augmentation des résultats positifs et de leur impact au cours des années à venir : des fonds importants ont été approuvés lors des Séries 8 et 9 et commenceront à arriver dans les pays concernés en 2010 et 2011, ce qui renforcera d'autant les résultats déjà obtenus.

2. Les résultats décrits dans ce chapitre sont **l'œuvre de tous les partenaires qui collaborent au modèle du Fonds mondial**. Le succès du Fonds mondial repose sur les contributions financières des donateurs, les orientations techniques des partenaires multilatéraux et leur collaboration, et en particulier sur la gestion et la mise en œuvre des programmes par les partenaires dans les pays, notamment les gouvernements, les organisations de la société civile et le secteur privé.

3. Les deux premières sections (2.1 et 2.2) de ce chapitre présentent les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial dans le monde et au niveau régional. La section 2.3 décrit dans le détail comment le Fonds mondial contribue aux efforts internationaux visant à financer la lutte contre les maladies et la manière dont ces fonds sont dépensés. La section 2.4 expose la contribution du Fonds mondial aux progrès vers la réalisation des OMD et autres cibles internationales. La section 2.5 évalue l'impact du modèle de financement axé sur les résultats du Fonds mondial. La section 2.6 examine l'efficacité des programmes en matière de promotion de l'égalité d'accès aux services de santé et de résultats sanitaires. Enfin, la section 2.7 expose certains des défis qui restent à relever.

2.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS DES PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL

4. À la fin de l'année 2009, le Fonds mondial avait décaissé un total de 5,7 milliards de dollars US pour les programmes de lutte contre le VIH, 1,5 milliard de dollars US pour les programmes de lutte contre la tuberculose et 2,8 milliards de dollars US pour les programmes de lutte contre le paludisme. Ces ressources, associées à celles fournies par les principaux partenaires tels que le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) des États-Unis et d'autres donateurs, ont apporté une contribution majeure aux efforts visant à assurer, dans les années à venir, un accès universel à des services de prévention, de traitements et de soins. En 2009, le nombre de services fournis a augmenté de manière significative et ininterrompue (Figure 2.1), tout comme la part de la contribution des programmes soutenus par le Fonds mondial vers la réalisation des objectifs internationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Tableaux 2.1 et 2.5)

5. Suite à l'approbation des propositions de la Série 9 en novembre 2009, presque tous les pays pouvant prétendre à un financement selon les critères de recevabilité du Fonds mondial ont vu au moins une de leurs propositions approuvées.

6. À la fin de l'année 2009, **2,5 millions de personnes concernées par ces programmes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral**, soit 500 000 personnes de plus qu'à la fin de l'année 2008. Si l'on ajoute à cela les résultats obtenus en Algérie, en Afrique du Sud, en Thaïlande et en Ukraine (pays exclus ou partiellement exclus car assumant maintenant l'entière responsabilité financière des traitements ARV), le nombre total de personnes sous traitement ARV grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial s'élèverait à 2,8 millions. Fin 2008, 4,03 millions de personnes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire bénéficiaient d'un traitement ARV financé par l'ensemble des sources, ce qui représentait 42 pour cent des 9,5 millions de personnes qui en auraient besoin (1).

7. À la fin de l'année 2009, **6 millions de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive avaient été détectés et mis sous traitement grâce aux programmes de traitement DOTS**, soit 1,4 millions de plus qu'en décembre 2008.

8. **Les financements du Fonds mondial ont permis aux pays de distribuer 104 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide.** En 2009 uniquement, 34 millions de moustiquaires ont été distribuées à travers les programmes soutenus par le Fonds mondial, soit 48 pour cent de plus que l'année précédente. Sur ces 34 millions, 22,5 millions concernent l'Afrique subsaharienne où, en 2008, 38,1 millions de moustiquaires au total avaient été distribuées, toutes sources confondues (2).

9. Grâce à ces trois interventions, **les programmes soutenus par le Fonds mondial ont permis de sauver environ 4,9 millions de vies à la fin de l'année 2009.**¹ En outre, **grâce à l'élargissement rapide d'une gamme de services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme fournis par les programmes financés par le Fonds mondial, d'innombrables vies ont été sauvées et beaucoup de souffrances ont été atténuées ou évitées.**

10. Conformément à ses principes opérationnels (voir Encadré 1.2), **le Fonds mondial soutient des programmes qui « suivent une approche intégrée et équilibrée de la prévention, des traitements, des soins et du soutien pour lutter contre les trois maladies.**

Outre les trois principaux indicateurs susmentionnés, plusieurs autres indicateurs permettent de mesurer le succès des programmes soutenus par le Fonds mondial. Depuis 2004, date à laquelle les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial ont commencé à être mesurés, et jusqu'à la fin de l'année 2009, les résultats suivants ont été obtenus :

- **Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) 790 000 femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'un programme complet de prophylaxie antirétrovirale (ARV) afin de réduire le risque de transmission à l'enfant.** La couverture de la PTME à 45 pour cent (intervalle : 37 à 57) (1). Rien qu'en 2009, 340 000 femmes enceintes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont bénéficié d'un traitement de PTME grâce aux subventions du Fonds mondial. Cela représente une augmentation importante par rapport aux années précédentes, plus de la moitié des 630 000 femmes enceintes séropositives vivant dans ces pays ayant bénéficié, en 2008, d'un traitement de PTME, tous programmes confondus (1).
- **Campagnes de communication sur les changements comportementaux.** Plus de 138 millions d'interventions de proximité ont été menées, comme les campagnes de communication sur les changements comportementaux ciblant les populations à haut risque de contracter le VIH, la tuberculose et le paludisme. Cela n'inclut pas les messages diffusés par les médias ni les documents imprimés.
- **Distribution de préservatifs :** 1,8 milliards de préservatifs pour hommes (et femmes) ont été distribués.

- **Conseil et test VIH.** Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, **105 millions de sessions de conseil et test VIH ont été fournies** dans différents lieux, notamment les centres prénataux, les centres mobiles, les centres de santé reproductive adaptés aux jeunes, les services hospitaliers spécialisés dans le traitement de la tuberculose, et les dispensaires spécialisés dans le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Depuis 2007, le nombre de services fournis a plus que triplé, passant de 33,5 millions à 105 millions en 2009.
- **Services aux orphelins et autres enfants vulnérables.** Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 4,5 millions de services de soins de base et de soutien ont été fournis aux orphelins et enfants vulnérables, dont 1,3 millions pour la seule année 2009.
- **Dépistage et traitement de la tuberculose.** **1,8 millions de services liés au VIH et à la tuberculose ont été fournis, notamment des services de dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et de traitement de prévention d'autres maladies infectieuses.** Cela représente une augmentation de 150 pour cent par rapport à fin 2008. À la fin de l'année 2009, les programmes avaient permis de mettre presque 30 000 personnes sous traitement contre la tuberculose multirésistante, soit une augmentation de 85 pour cent par rapport au nombre cumulé de personnes mises sous traitement à fin 2008. L'attention accrue dont la tuberculose multirésistante fait l'objet depuis peu, notamment dans les approbations de la Série 9, pourrait faire augmenter encore davantage le nombre de personnes mises sous traitement dans les années à venir.
- **Prévention et traitement du paludisme.** **En 2009, les programmes de lutte contre le paludisme soutenus par le Fonds mondial ont permis de faire d'énormes progrès.** À la fin de l'année, outre les 104 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées, les programmes avaient permis de réaliser plus de 19 millions de pulvérisations d'insecticide à effet rémanent dans les foyers et de traiter 108 millions de cas de paludisme (soit une augmentation de 43 pour cent depuis la fin de l'année 2008), en conformité avec les directives nationales sur le traitement de cette maladie et grâce à l'utilisation accrue des thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT) hautement efficaces.
- **Formation des professionnels de santé et des travailleurs communautaires.** Le Fonds mondial fournit également un soutien important aux programmes de formation visant à renforcer les compétences et la capacité des professionnels de santé, et garantir une offre efficace de services de prévention et de traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Il a financé 11,3 millions de sessions individuelles de formation² des professionnels de santé et des travailleurs communautaires, dont 4,3 millions dans le cadre des programmes liés au VIH, 4,6 millions de ceux liés à la tuberculose et 2,4 millions de ceux liés au paludisme. Rien qu'en 2009, 2,7 millions de sessions individuelles de formation ont été financées.

¹ Pour consulter une description de l'analyse utilisée pour calculer le nombre de vies sauvées, veuillez consulter Partenaires et impacts. Rapport d'activités 2007, Le Fonds mondial, www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2007_fr.pdf

² Les sessions individuelles de formation sont une donnée cumulative calculée en multipliant le nombre de personnes suivant une formation par le nombre de programmes de formation.

2.2 RÉSULTATS-CLÉS PAR RÉGION

« En Zambie, le fardeau du paludisme qui pèse sur la communauté s'est atténué... nous avons constaté une réduction du nombre de personnes qui viennent chercher des médicaments. Cela nous a permis d'intensifier les services de promotion de la santé. »

- IGNICIOUS BULONGO
MÉDECIN, CENTRE DE SANTÉ MOMBA
ZAMBIE

11. **Le Fonds mondial fait réellement changer la situation et obtient des résultats substantiels dans les régions où il finance des programmes : Afrique subsaharienne, Asie, Amérique Latine, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe de l'Est et Asie centrale.**

Cette section présente certains résultats obtenus dans chacune de ces régions (Tableaux 2.2 et 2.3). Les résultats obtenus dans les trois régions d'Afrique subsaharienne où le Fonds mondial finance des programmes (Afrique de l'Est, Afrique australe et Afrique Centrale et de l'Ouest) sont présentés ensemble dans les résultats pour l'Afrique subsaharienne. Les résultats des deux régions asiatiques (Asie du Sud et Asie de l'Est et Pacifique) sont présentés ensemble en tant que résultats pour la région Asie (voir à l'Annexe 2 pour consulter la liste des pays compris dans chaque région).

2.2.1 AFRIQUE SUBSAHARIENNE

12. Les 47 pays d'Afrique de l'Est, australe, de l'Ouest et centrale (la région Afrique subsaharienne) totalisent une population de 818 millions d'habitants, dont 50 pour cent vivent avec moins de 1,25 de dollars US par jour (4). Le Fonds mondial a investi dans 41 pays et territoires de cette région (voir Annexe 2), car c'est dans cette région que les besoins sont les plus importants. **Le Fonds mondial est un mécanisme de financement multilatéral unique, le plus important de la région dans le domaine de la santé.**

13. Entre 2002 et décembre 2009, **le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé 10,9 milliards de dollars US pour l'Afrique subsaharienne** (voir Tableau 2.6). Sur ce montant total, le Fonds mondial avait décaissé 5,5 milliards de dollars US à la fin de l'année 2009 (voir Tableau 2.4). Rien qu'en 2009, 1,5 milliard de dollars US ont été décaissés pour les trois maladies (voir Tableau 2.5), soit une augmentation de 23 pour cent par rapport aux décaissements de 2008.

14. **Les programmes soutenus par le Fonds mondial ont permis de mettre 1,9 millions de personnes sous traitement ARV.** Entre 2002 et 2009, 1,4 millions de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive ont été traités et 72 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial. **Les services s'intensifient rapidement.** Entre 2008 et 2009, le nombre cumulé de personnes traitées pour une tuberculose multirésistante, s'il demeure faible, a augmenté de 376 pour cent, le nombre cumulé de services liés au VIH et à la tuberculose fournis a augmenté de 199 pour cent, et le nombre cumulé de services de proximité communautaires liés à la prévention, fournis aux habitants de la région, a augmenté de 90 pour cent.

15. **VIH.** Dans la région, l'impact du VIH a été très négatif en ce qui concerne la plupart des principaux indicateurs de santé, notamment la mortalité chez les adultes et la mortalité infantile, l'espérance de vie, la morbidité, les consultations externes et les soins hospitaliers. Dans de nombreux pays, les fonds du PEPFAR et du Fonds mondial représentent l'essentiel du financement international pour la lutte contre le VIH. Dans certains pays, comme le Malawi, où 87 pour cent du financement de la lutte contre le VIH sont assurés par les donateurs, le Fonds mondial finance en grande partie le programme national de traitement ARV. Les ressources du Fonds mondial ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes à grande échelle de prévention et de traitement pour riposter aux épidémies dans des pays tels que la République Démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Kenya, le Nigéria, la Tanzanie et l'Ouganda, et pour riposter aux épidémies dans les pays d'Afrique australe où leur prévalence est la plus élevée : Angola, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Grâce à des investissements, les activités se sont considérablement intensifiées au niveau national ces quatre dernières années.

TABLEAU 2.2 RÉSULTATS ATTRIBUABLES AUX PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL, PAR RÉGION (2009)

SERVICES	RÉGIONS					TOTAL
	AFRIQUE DE L'EST, AFRIQUE AUSTRALE ET AFRIQUE CENTRALE ET DE L'OUEST	ASIE DU SUD ET ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET MOYEN-ORIENT	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	
NOMBRE DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES SOUS TRAITEMENT ARV COMMUNIQUÉ EN 2009	699 500	151 500	11 400	6 000	22 400	890 800
SESSIONS DE CONSEIL ET DE TEST VIH	12 350 000	13 190 000	4 620 000	301 000	13 780 000	44 241 000
FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES BÉNÉFICIANT D'UNE PROPHYLAXIE ARV POUR LA PTME	295 300	32 940	3 100	3 000	10 300	344 640
SOINS DE BASE ET SOUTIEN FOURNIS AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES	1 300 000	56 800	9 200	8 100	3 500	1 377 600
PRÉSERVATIFS DISTRIBUÉS	325 600 000	63 900 000	156 100 000	23 900 000	49 800 000	619 300 000
CAS D'IST TRAITÉS	727 000	215 900	969 000	444 000	56 700	2 412 600
SERVICES FOURNIS LIÉS À LA CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE	964 900	58 100	13 300	2 800	64 600	1 103 700
NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE À MICROSCOPE POSITIVE DÉTECTÉS ET TRAITÉS	269 000	969 000	35 400	57 300	66 200	1 396 900
PERSONNES TRAITÉES POUR UNE TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE	4 590	1 150	1 600	150	6 240	13 730
MOUSTIQUAIRES DISTRIBUÉES (MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE ET MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE)	22 530 000	6 782 000	235 000	4 460 000	24 000	34 031 000
CAS DE PALUDISME TRAITÉS	29 547 000	1 465 000	75 000	2 218 000	340	33 305 340
SERVICES DE PULVÉRISATION D'INSECTICIDE DANS LES FOYERS	4 480 000	334 100	14 300	270 000	142 000	5 240 400
SERVICES COMMUNAUTAIRES DE PROXIMITÉ DE PRÉVENTION (CAMPAGNES DE COMMUNICATION SUR LES CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX)	20 910 000	13 560 000	3 920 000	3 540 000	6 060 000	47 990 000
SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN FOURNIS	1 621 000	115 000	302 000	12 000	102 000	2 060 000
SESSIONS INDIVIDUELLES DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES	557 000	2 018 000	82 800	40 300	67 400	2 765 500

Source : Rapports d'activités www.theglobalfund.org ; les résultats en augmentation correspondent à la différence observée dans les données entre le rapport 2008 et le rapport 2009. Pour obtenir de plus amples informations concernant le nombre de traitements ARV, veuillez consulter le site www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV_Factsheet_2009.pdf.

Remarque : les chiffres sont arrondis. Les résultats comptabilisés par année ne correspondent pas nécessairement aux services réellement fournis pendant cette période car les cycles de communication de données liés aux subventions ne suivent pas toujours les années civiles. Les chiffres du Fonds mondial peuvent prendre en compte les services et les produits co-financés par d'autres donateurs.

TABLEAU 2.3 RÉSULTATS CUMULÉS ATTRIBUABLES AUX PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL, PAR RÉGION (2002–2009)

SERVICES	REGIONS					
	AFRIQUE DE L'EST, AFRIQUE AUSTRALE ET AFRIQUE CENTRALE ET DE L'OUEST	ASIE DU SUD ET ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET MOYEN-ORIENT	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	TOTAL
PERSONNES ACTUELLEMENT SOUS TRAITEMENT ARV	1 930 600	383 300	76 000	35 400	74 800	2 500 100
SESSIONS DE CONSEIL ET TEST VIH FOURNIS	40 284 000	29 100 000	10 000 000	629 000	25 700 000	105 713 000
FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES BÉNÉFICIAIRES D'UNE PROPHYLAXIE ARV POUR LA PTME	674 100	65 660	15 000	6 900	28 500	790 200
SOINS DE BASE ET SOUTIEN FOURNIS AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES	4 230 000	248 700	13 800	37 400	20 400	4 550 300
PRÉSERVATIFS DISTRIBUÉS	1 057 200 000	238 940 000	356 600 000	62 050 000	125 000 000	1 839 790 000
CAS D'IST TRAITÉS	1 680 000	1 297 000	2 430 000	1 216 000	177 000	6 800 000
SERVICES FOURNIS LIÉS À LA CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE	1 450 000	218 400	29 100	3 900	132 400	1 833 800
NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE À MICROSCOPIE POSITIVE DÉTECTÉS ET TRAITÉS	1 401 000	4 061 000	152 000	178 000	201 000	5 993 000
PERSONNES TRAITÉES POUR UNE TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE	5 800	3 100	10 700	300	9 900	29 800
MOUSTIQUAIRES DISTRIBUÉES (MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE ET MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE)	72 465 000	21 745 000	1 200 000	8 789 000	139 000	104 338 000
CAS DE PALUDISME TRAITÉS	90 000 000	8 460 000	344 000	9 030 000	9 300	107 843 300
SERVICES DE PULVÉRISATION D'INSECTICIDE DANS LES FOYERS	17 180 000	1 086 000	122 000	567 000	432 000	19 387 000
SERVICES COMMUNAUTAIRES DE PROXIMITÉ DE PRÉVENTION (CAMPAGNES DE COMMUNICATION SUR LES CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX)	44 000 000	46 200 000	21 100 000	9 300 000	18 200 000	138 800 000
SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN FOURNIS	5 030 000	1 446 700	963 000	55 600	389 100	7 884 400
SESSIONS INDIVIDUELLES DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES	3 234 000	6 501 000	1 130 000	162 400	320 500	11 347 900

Source : Rapports d'activités www.theglobalfund.org ; pour obtenir de plus amples informations concernant le nombre de traitements ARV, veuillez consulter le site www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV_Factsheet_2009.pdf.

Remarque : les chiffres sont arrondis. Les résultats comptabilisés par année ne correspondent pas nécessairement aux services réellement fournis pendant cette période car les cycles de communication de données liés aux subventions ne suivent pas toujours les années civiles. Les chiffres du Fonds mondial peuvent prendre en compte les services et produits co-financés par d'autres donateurs.

TABLEAU 2.4 DÉCAISSEMENTS CUMULÉS DU FONDS MONDIAL PAR RÉGION ET PAR MALADIE (2002–2009)

DÉCAISSEMENT À CE JOUR (FIN 2009)	VIH (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	TUBERCULOSE (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	PALUDISME (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	TOTAL DÉCAISSEMENTS PAR RÉGION
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	3 104	375	1 976	5 455
ASIE	1 093	582	491	2 166
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	603	129	90	822
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	258	120	214	592
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	669	245	20	934
TOTAL	5 727	1 4521	2 791	9 969

Source : Le Fonds mondial. www.theglobalfund.org.

TABLEAU 2.5 DÉCAISSEMENTS CUMULÉS DU FONDS MONDIAL PAR RÉGION ET PAR MALADIE, 2009

DÉCAISSEMENT À CE JOUR (FIN 2009)	VIH (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	TUBERCULOSE (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	PALUDISME (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	TOTAL DÉCAISSEMENTS PAR RÉGION
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	663	71	775	1 509
ASIE	346	183	155	684
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	136	26	23	185
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	70	35	57	162
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	136	72	7	215
TOTAL	1 351	387	1 017	2 755

Source : Le Fonds mondial. www.theglobalfund.org.

TABLEAU 2.6 FONDS APPROUVÉS ET DÉCAISSEMENTS PAR SÉRIE ET PAR MALADIE, DÉCEMBRE 2009

	FONDS APPROUVÉS (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	DÉCAISSEMENTS (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	POURCENTAGE DÉCAISSÉ PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS (EN 2009) ¹
SÉRIE 1	1 695	1 374	97%
SÉRIE 2	2 794	1 724	74%
SÉRIE 3	1 708	1 328	112%
SÉRIE 4	3 238	2 174	76%
SÉRIE 5	1 711	1 120	119%
SÉRIE 6	1 604	827	93%
SÉRIE 7	1 111	607	75%
SÉRIE 8	2 742	815	113%
SÉRIE 9 ²	2 630	–	–
VIH	10 778	5 727	84%
TUBERCULOSE	3 160	1 451	90%
PALUDISME	5 295	2 791	116%
TOTAL	19 233	9 969	95%

Source : Le Fonds mondial. www.theglobalfund.org.

Remarques : ¹ Les numérateurs et les dénominateurs ne figurent pas dans ce tableau ; ² Inclut les propositions de stratégie nationale (voir Section 4.4)

2.2.2 ASIE

16. **Tuberculose.** Le Fonds mondial est rapidement devenu le financeur international le plus important pour les programmes liés à la tuberculose de la région.

Entre 2008 et 2009, le montant des fonds approuvés pour la tuberculose a considérablement augmenté, une augmentation qui fait écho à la demande croissante d'aide des pays pour lutter contre la tuberculose. Le Fonds mondial a également joué un rôle essentiel auprès des donateurs en mettant en relief l'émergence d'épidémies de co-infection VIH/tuberculose et de tuberculose multirésistante, d'une part, et l'insuffisance du financement de la lutte contre la tuberculose, de l'autre.

17. **Paludisme. Les subventions du Fonds mondial représentent 60 pour cent du total des fonds internationaux consacrés à la lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne.** Au cours des sept dernières années, ces subventions ont permis de fournir 72 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée ainsi que 90 millions de traitements antipaludéens dans la région. Aujourd'hui, en collaboration avec les organismes partenaires, le Fonds mondial participe au financement de la campagne la plus importante de distribution de moustiquaires longue durée de toute l'histoire de la lutte contre le paludisme. L'objectif est d'atteindre la cible recommandée par l'OMS de couvrir 80 pour cent des besoins de moustiquaires imprégnées d'ici à la fin 2010. Les efforts se concentrent sur le Nigéria et la République Démocratique du Congo qui supportent, à eux deux, 36 pour cent du fardeau du paludisme en Afrique. Le Fonds mondial a signé des accords de subvention avec le Nigéria, en vertu desquels 30 millions de moustiquaires imprégnées seront distribuées avant fin 2010. En RDC, dans un environnement difficile, le Fonds mondial finance aussi la distribution de 9,4 millions de moustiquaires imprégnées pour la même période.

18. **Renforcer les systèmes de santé** En Afrique, alors que les financements du Fonds mondial ont considérablement augmenté au cours des dernières années – parallèlement à la nécessité d'un tel soutien – **de nombreux pays ont demandé une augmentation des fonds pour renforcer leurs systèmes de santé.** Suite à l'approbation de subventions pour le renforcement des systèmes de santé en Éthiopie, au Malawi, au Rwanda et au Swaziland lors des précédentes Séries, le Fonds mondial a signé dernièrement, lors de la Série 8, des subventions visant au même objectif pour le Lesotho, le Mozambique, le Nigéria et le Zimbabwe. Ces subventions vont non seulement permettre de renforcer la riposte nationale aux trois maladies dans ces pays, mais aussi de remédier aux points faibles systémiques en matière de formation et de fidélisation des professionnels de santé, de services de laboratoires, de systèmes de suivi et évaluation et d'approvisionnement, et également de répondre aux besoins essentiels en matière d'infrastructures de base.

19. La région de l'Asie de l'Est et du Pacifique est composée de 24 pays (voir Annexe 2). Sa population compte 1,9 milliards d'habitants dont 18 pour cent vivent avec moins de 1,25 dollar US par jour ; la région de l'Asie du Sud-est est composée de neuf pays (voir Annexe 2) et compte 1,4 milliards d'habitants dont 40 pour cent vivent avec moins de 1,25 dollar US par jour (4).³ Les résultats du Fonds mondial dans ces deux régions sont présentés ensemble.

20. Certains pays d'Asie ont bénéficié ces dernières années d'une croissance économique parmi les plus importantes au monde. Cependant, de nombreux pays restent très pauvres. La part de l'investissement régional consacré à la santé dans le PIB est plus faible en Asie que dans n'importe quelle autre région du monde. Les efforts de santé publique pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les trois maladies contagieuses qui prévalent chez les adultes, reposent en grande partie sur les investissements du Fonds mondial. Entre 2002 et 2009, **le budget total des propositions approuvées dans les 33 pays des régions d'Asie de l'Est, du Pacifique et d'Asie du Sud s'élevait à 4,5 milliards de dollars US.** Sur ce montant, 2,2 milliards de dollars US ont déjà été décaissés.

21. **VIH. Les programmes soutenus par le Fonds mondial fournissent des traitements aux deux tiers des 570 000 personnes sous traitement ARV dans les régions d'Asie de l'Est, du Pacifique et d'Asie du Sud.** Dans certains pays, le Fonds mondial finance la quasi totalité des services de traitement liés au VIH. La couverture reste toutefois faible et l'on estime qu'un million de patients supplémentaires nécessiteraient un traitement ARV (1).

22. Les efforts de prévention du VIH entrepris ces dernières années ont principalement porté sur les populations les plus vulnérables de la région : les travailleurs (euses) du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui font usage de drogues par injection. Dans l'ensemble, la couverture des services de prévention reste faible mais le Fonds mondial s'efforce d'augmenter les fonds consacrés à la prévention. Aussi, le Fonds mondial est-il devenu le bailleur de fonds le plus important des actions menées au profit des travailleurs (euses) du sexe en Asie, à l'exception de l'Inde. En République démocratique populaire du Laos, un programme destiné aux travailleurs (euses) du sexe a atteint une couverture de 80 pour cent. Le Fonds mondial soutient également un grand nombre de services visant à réduire les effets néfastes pour les personnes qui font usage de drogues par injection. En Chine et aux Philippines, entre autre, les services financés par le Fonds mondial ont couvert de très nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Grâce à l'approbation en 2009 de la proposition régionale visant à intensifier les efforts de prévention chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui sera mise en œuvre dans les pays d'Asie du Sud, la couverture de cette population à risque augmentera au cours des années à venir.

³ Ces 33 pays font partie de deux régions de la Banque mondiale (Asie de l'Est et le Pacifique et Asie du Sud) qui sont différentes de la région Asie et Pacifique du Fonds mondial.

23. **Tuberculose.** Sur les 22 pays du monde dans lesquels le poids de la tuberculose est particulièrement lourd, 11 se situent dans la région Asie et c'est en Inde, en Chine et en Indonésie que l'on signale le plus grand nombre de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive. Dix de ces onze pays ont progressé vers la réalisation des objectifs du Partenariat Halte à la tuberculose en matière de dépistage des cas. La région a également accompli d'importants progrès vers la réalisation de l'OMD 6 qui est d'endiguer l'épidémie de tuberculose et d'inverser sa courbe de progression.

24. Depuis que le Fonds mondial a commencé à octroyer des subventions dans cette zone géographique, une très forte augmentation des taux de dépistage et de rémission a été observée. Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 4 millions de cas de tuberculose à microscopie positive au total ont été traités.

25. **Paludisme.** Entre 2003 et 2009, 21,7 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans la région dans le cadre des programmes soutenus par le Fonds mondial, soit une augmentation de 45 pour cent par rapport au nombre de moustiquaires distribuées à la fin de l'année 2008. Grâce à ces programmes et à d'autres interventions, l'incidence des cas probables et confirmés de paludisme a fortement diminué, tout comme la morbidité et la mortalité dues à cette maladie (pour obtenir de plus amples détails sur un pays, voir la Section 2.4.4 Bhoutan).

2.2.3 AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

26. La zone Amérique Latine et Caraïbes est composée de 33 pays et compte une population totale de 559 millions d'habitants. Environ 25 pour cent de la population de la région vit avec moins de 2 dollars US par jour (5). Entre 2002 et décembre 2009, le Fonds mondial a approuvé des propositions dans les 33 pays de la région (voir Annexe 2) représentant un budget total de 1,4 milliard de dollars US, dont 820 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009.

27. **VIH.** La région Amérique Latine-Caraïbes affiche la couverture du traitement contre le VIH la plus importante, essentiellement grâce à l'action du Brésil qui fournit depuis de nombreuses années des traitements ARV à tous ceux qui en ont besoin. En décembre 2008, 445 000 personnes sur les 820 000 de la région qui auraient besoin d'un traitement ARV en bénéficiaient (1). Les investissements du Fonds mondial permettent aux pays de la région de fournir des traitements ARV à 76 000 personnes.

28. Le Fonds mondial a également encouragé les gouvernements et les organisations de la société civile, notamment celles qui œuvrent auprès des populations exposées au risque le plus élevé, à travailler main dans la main. 60 pour cent du montant total des fonds engagés dans cette région ont été alloués à des subventions pour lesquelles les Récipiendaires Principaux étaient des organisations de la société civile.

29. La **tuberculose** constitue la principale menace pour la santé publique de nombreux pays d'Amérique Latine et des Caraïbes. **Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 152 000 habitants de la région ont bénéficié d'un traitement contre la tuberculose.** C'est au Pérou, pays qui compte le plus grand nombre de patients nécessitant un traitement contre la tuberculose multirésistante et de deuxième ligne, qu'est mis en œuvre le programme de lutte contre la tuberculose le plus important de la région. En décembre 2009, le Fonds mondial avait permis à plus de 10 000 personnes de bénéficier d'un traitement contre la tuberculose multirésistante.

30. En Bolivie, où l'on observe le troisième taux d'incidence de la tuberculose le plus élevé de la région, environ 70 pour cent des agriculteurs dont la langue maternelle n'est pas l'espagnol vivent dans une extrême pauvreté, ce qui les rend particulièrement vulnérables à la tuberculose. Leur statut socioéconomique, associé à des barrières culturelles et linguistiques, est souvent un obstacle qui entrave leur accès aux services de santé. **La subvention accordée à la Bolivie par le Fonds mondial vise les peuples indigènes** et à la fin 2009, 3 500 personnes pour lesquelles la tuberculose à microscopie positive avait récemment été détectée, avaient été mises sous traitement.

31. **Paludisme. Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 1,2 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans la région.** Au Guatemala, l'un des pays d'Amérique Centrale où les taux d'incidence du paludisme sont les plus élevés, les partenaires nationaux ont distribué 419 465 moustiquaires imprégnées d'insecticide et fourni un accès universel au traitement antipaludéen dans 552 communautés guatémaltèques.

32. Le paludisme est également endémique au Guyana. En décembre 2009, le nombre de moustiquaires distribuées dans le pays grâce au soutien du Fonds mondial s'élevait à 41 000 et couvrait environ 74 324 personnes.

2.2.4 MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

33. Les 21 pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord totalisent 313 millions d'habitants dont 16,9 pour cent vivent avec moins de 2 dollars US par jour (6). La région du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord du Fonds mondial regroupe 16 de ces 21 pays et territoires (voir Annexe 2) et représente un vaste éventail de profils de développement humains et culturels. Trois pays de cette région, à savoir le Tchad, le Mali et le Niger, figurent parmi les dix pays les moins bien classés en fonction de leur indice de développement humain (7).

34. Malgré les conflits et les crises qui secouent les pays comme le Tchad, la Somalie et le Soudan, le Fonds mondial a réussi à faire en sorte que les partenaires nationaux et internationaux de développement de toute la région s'engagent à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

35. Entre 2002 et 2009, le Fonds mondial a approuvé des propositions pour un budget total de 1 milliard de dollars US dont 591 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Pour ce qui est de certains efforts nationaux de lutte contre ces maladies (par exemple, pour la tuberculose dans la plupart des pays et pour le paludisme dans certains pays du Sahel), le Fonds mondial fournit la plupart des ressources financières alors que dans des pays comme le Maroc, la Tunisie et l'Algérie, le Fonds mondial a utilisé les financements consentis par d'autres sources.

36. Certains pays de la région, dont l'Algérie, la Jordanie, le Maroc, la Syrie et la Tunisie, sont dotés de systèmes de santé relativement bien développés. D'autres pays au contraire manquent cruellement de capacités et d'infrastructures sanitaires solides, un manque parfois exacerbé par les conflits et la faillite des États. Dans la grande majorité de ces pays, les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les membres d'autres groupes vulnérables font l'objet de fortes stigmatisation et discrimination.

37. **VIH.** Le soutien du Fonds mondial a été essentiel dans la lutte contre le VIH dans la région. Le Fonds mondial a permis de rompre le silence entourant le VIH et le sida. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour parvenir à l'accès universel et réduire la stigmatisation et la discrimination. Fin 2009, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 62 millions de préservatifs avaient été distribués (soit 24 millions de plus que fin 2008), 9,3 millions de services communautaires de proximité liés au VIH avaient été fournis, 35 000 personnes avaient commencé un traitement ARV et 162 000 sessions individuelles de formation des professionnels de santé et des travailleurs communautaires avaient été financées.

38. Depuis l'approbation de la première subvention accordée au Maroc dans le cadre de la Série 1 pour la région, le soutien du Fonds mondial a permis au Programme national marocain de lutte contre le sida de faire changer favorablement les comportements et d'engager le public et les groupes les plus à risque, notamment les consommateurs de drogues par injections et les travailleurs/travailleuses du sexe, à lutter contre le VIH. Cette première subvention incluait une composante de traitement, c'est-à-dire l'accès de 1 200 personnes vivant avec le VIH au traitement ARV, et une composante de prévention consistant en la distribution de préservatifs et la fourniture de services de conseil et de tests de dépistage volontaire. Une subvention accordée dans le cadre de la Série 6 a permis d'élargir la couverture du traitement ARV et presque 2 500 patients et 120 femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'un traitement dans le cadre de la Phase 1 de la subvention. La deuxième phase de cette subvention alloue des fonds supplémentaires au programme marocain de réduction des risques, un programme pilote entièrement financé par le Fonds mondial, qui a mobilisé les personnes qui font usage de drogues par injection et soutenu les traitements de

substitution aux opiacés et les systèmes d'échange des seringues pour 400 d'entre eux, dans le cadre d'un projet pilote mis en œuvre de 2009 à 2012.

39. **Tuberculose.** Le soutien du Fonds mondial dans la région a permis, entre autre, de dépister et traiter près de 178 000 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive, et de traiter environ 3 900 patients présentant une co-infection tuberculose/VIH. On a observé une réduction de la prévalence de la tuberculose et de la mortalité associée à cette pathologie (voir la Section 2.4.3 pour consulter des exemples par pays).

40. **Paludisme.** Le paludisme est endémique dans des pays comme le Tchad, Djibouti, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Soudan, où cette maladie constitue la première cause de mortalité maternelle et infantile. À ce jour, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 9 millions de cas de paludisme ont été traités, 8,8 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée ont été distribuées, des pulvérisations d'insecticide ont été effectuées dans environ 600 000 foyers à travers la région, et ce, malgré la fragilité de certains pays dans lesquels le Fonds mondial opère. Par exemple, **au Niger qui supporte un lourd fardeau dû au paludisme, les moustiquaires imprégnées d'insecticide couvrent désormais environ 50 pour cent des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes, ce qui représente une augmentation considérable de cette couverture.** S'appuyant sur cette réussite, les autorités tentent aujourd'hui de faire en sorte que 80 pour cent des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée d'ici à fin 2012. Le Fonds mondial soutient ces efforts par le biais d'une subvention accordée lors de la Série 7 et qui a pour objectif de financer 3,5 millions de moustiquaires supplémentaires.

41. Enfin, les efforts régionaux du Fonds mondial et de ses partenaires nationaux et internationaux ont soutenu la création et le renforcement de nouveaux forums sociaux, de nouvelles organisations de la société civile et de nouveaux groupes de mobilisation qui ont tous contribué au développement d'un capital social à travers la région. Citons en exemple la collaboration du Fonds mondial avec un important réseau d'organisations de la société civile au Mali œuvrant à fournir des traitements, des soins et un soutien aux personnes affectées et vivant avec le VIH. Les organisations non gouvernementales (ONG) nationales contribuent à cette action dans tout le pays, grâce au financement alloué par le Fonds mondial et d'autres partenaires.

2.2.5 EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

42. Les 30 pays de la région d'Europe de l'Est et d'Asie centrale comptent une population de 441 millions d'habitants, dont 30 pour cent sont considérés comme étant pauvres ou vulnérables (8). En décembre 2009, le Fonds mondial avait approuvé des propositions dans 23 pays et territoires (voir Annexe 2) pour un budget total de 1,4 milliard de dollars US. À la fin de cette même année, 0,9 milliard de dollars US avaient été décaissés. Les programmes soutenus par le Fonds mondial ont apporté une importante contribution et permis de fournir des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien vitaux associés aux trois maladies.

43. **VIH.** D'après les dernières données de l'OMS, 85 000 (23 pour cent) des 370 000 personnes qui avaient besoin d'un traitement ARV en bénéficiaient en décembre 2008. Si l'accès au traitement reste faible, il s'est beaucoup élargi dans la région ces dernières années **et, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, plus de 74 000 personnes bénéficiaient d'un traitement fin 2009.** Dans les pays où la charge du VIH est importante, comme la Fédération de Russie et l'Ukraine, le financement du Fonds mondial vient compléter les ressources nationales consacrées à la lutte contre le VIH.

44. Ces dernières années, les services de conseil et de tests de dépistage volontaire se sont multipliés. À la fin de l'année 2009, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 25 millions de services de conseil et de tests VIH avaient été fournis, soit le double du nombre cumulé constaté fin 2008. Les activités communautaires de prévention se sont également intensifiées.

45. En finançant la majorité des activités de réduction des risques en Europe de l'Est et en Asie centrale, **le Fonds mondial a joué un rôle essentiel dans l'élargissement de l'accès aux services destinés aux personnes qui font usage de drogues par injection ainsi que dans l'amélioration de la qualité de ces services.** En Ukraine, 250 000 personnes qui font usage de drogues par injection ont été couverts par les services de prévention. En Fédération de Russie, le Réseau russe de réduction des risques assure la mise en œuvre d'un programme axé sur la fourniture de services de réduction des risques aux personnes qui font usage de drogues par injection. De l'Ukraine à la Roumanie, de la Serbie à l'Arménie, en passant par la Moldavie et la Fédération de Russie, les organisations de la société civile qui représentent les personnes les plus touchées par le VIH travaillent en partenariat avec les gouvernements, afin de mettre efficacement en œuvre des interventions et, parfois, de gérer des subventions en qualité de Récepteurs Principaux.

46. Dans toute la région, le Fonds mondial a joué un rôle crucial dans la mise en place et l'intensification des traitements de substitution aux opiacés dans la région. En Ukraine, où le premier programme de ce type a été lancé en 2004, plus de 5 000 personnes qui font usage

de drogues par injection participaient à des programmes de traitement de substitution par méthadone et buprénorphine à la fin de l'année 2009, en grande majorité soutenus par le Fonds mondial. En Moldavie et au Kirghizistan, le Fonds mondial soutient des programmes d'échange des seringues et de traitement de substitution aux opiacés à la fois dans la communauté et dans les prisons. Cependant, la quantité et la qualité des services fournis varient considérablement à travers la région. La Fédération de Russie, le Turkménistan et l'Arménie ne disposent toujours d'aucun programme de traitement de substitution, tandis qu'en Ouzbékistan, une intervention importante et fondée sur l'expérience a récemment été interrompue.

47. **Tuberculose.** Les programmes soutenus par le Fonds mondial dans la région ont affiché de nombreux résultats positifs et cela a contribué au dépistage et au traitement de plus de 200 000 nouveaux cas de tuberculose entre 2003 et 2009, dont presque la moitié pour 2009 uniquement. En outre, **les investissements de lutte contre la tuberculose ont permis d'élargir les réseaux de laboratoires, d'améliorer l'approvisionnement en fournitures et en médicaments de première et de deuxième ligne, de renforcer la surveillance, de former les médecins et de consolider les systèmes de santé.**

48. À la fin de l'année 2009, presque 10 000 patients bénéficiaient d'un traitement contre la tuberculose multirésistante, pathologie qui reste l'un des principaux défis à relever dans le domaine de la santé dans la région. Grâce au soutien du Fonds mondial, 5 500 patients de la Fédération de Russie ont été mis sous traitement DOTS-Plus. La couverture reste faible. En 2007, selon les estimations de l'OMS, près des 85 000 nouveaux cas de tuberculose multirésistante dénombrés se trouvent en Europe de l'Est et en Asie centrale (3). Quinze des 27 pays dans lesquels le fardeau de la tuberculose est le plus lourd se situent dans cette région où l'on constate les taux de tuberculose multirésistante les plus élevés du monde. L'augmentation des services de diagnostic et de traitement de haute qualité dans la région se heurte à des problèmes tels que le manque de volonté politique et de ressources, les faibles capacités des laboratoires, une organisation verticale des programmes de lutte contre la tuberculose, un engagement restreint de la part des fournisseurs de soins essentiels et, dans certains endroits, des personnels de santé mal formés.

49. **Paludisme.** Grâce au soutien du Fonds mondial, **l'élimination du paludisme de la liste des problèmes de santé publique dont souffre la région est désormais envisageable.** Depuis 2004, le soutien du Fonds mondial et de ses partenaires a permis à l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan de lancer des interventions agressives de lutte contre cette maladie, notamment la distribution de plus de 139 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide. Si ce soutien est maintenu, ces pays prévoient d'éradiquer le paludisme dans les années à venir.

2.3 CONTRIBUTION AUX EFFORTS INTERNATIONAUX ET ANALYSE DES DÉPENSES

« Je travaille dur pour offrir la possibilité à d'autres enfants d'être séronégatifs, comme l'est mon propre enfant. »

- NHI, CONSEILLÈRE BÉNÉVOLE DANS UN CENTRE POUR FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES, VIET NAM

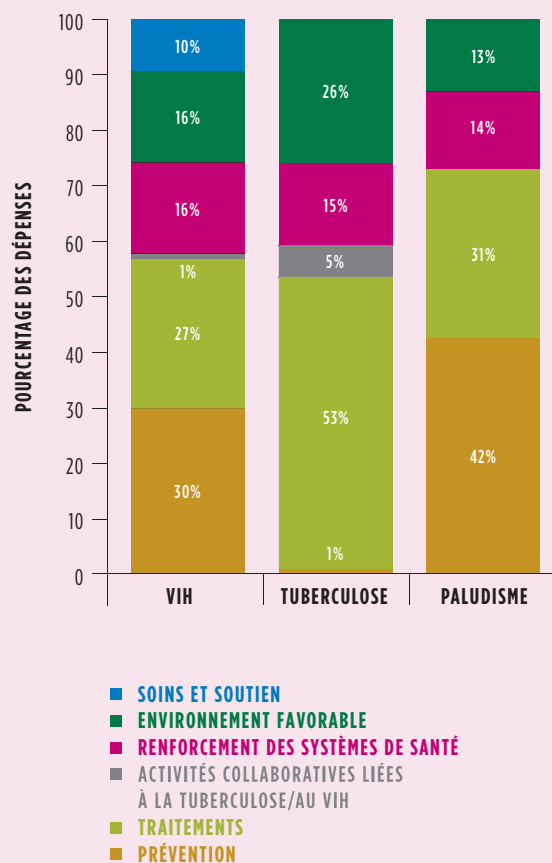
50. Pour lui permettre de financer les programmes et d'atteindre les résultats décrits dans les deux premières sections de ce chapitre, le **Fonds mondial avait recueilli 21 milliards de dollars US à la fin de l'année 2009.**

51. **Augmenter les financements et la rapidité des décaissements.** Suite à l'approbation des propositions de la Série 9 en novembre 2009, le **Fonds mondial soutenait des programmes dans 144 pays et avait approuvé des propositions pour un montant total de 19,2 milliards de dollars US : près de 10,8 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre le VIH, 3,2 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre la tuberculose et 5,3 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre le paludisme.**

52. Le Fonds mondial a démontré sa capacité à décaisser des fonds de façon réactive, efficace et prévisible. De manière générale, les fonds sont décaissés progressivement, en fonction des résultats des programmes.⁴ (pour de plus amples détails, voir la Section 2.5). À la fin de l'année 2009, le Fonds mondial avait décaissé 10 milliards de dollars US : 5,7 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre le VIH, 1,5 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre la tuberculose et 2,8 milliards de dollars US pour des programmes de lutte contre le paludisme. Le Tableau 2.6 montre la ventilation détaillée des financements et des décaissements par Série. Le taux de décaissement est mesuré en comparant le montant des fonds décaissés par rapport à celui prévu dans les subventions. En 2009, le taux de décaissement était de 90 pour cent, chaque série affichant un taux de décaissement approchant ou dépassant les 90 pour cent. Le taux de décaissement varie d'un pays à l'autre, en fonction de la rapidité de l'utilisation des fonds. Pour 40 pour cent seulement des subventions actives, le taux de décaissement était inférieur à 75 pour cent. Les exécutants de ces subventions bénéficient du soutien technique approprié pour améliorer le taux de décaissement.

⁴ Le Récipiendaire principal fait un compte rendu des résultats obtenus et transmet une demande de décaissement pour la tranche suivante de mise en œuvre. L'Agent local du Fonds passe en revue les rapports programmatiques et financiers du Récipiendaire principal, vérifie les renseignements fournis, évalue la performance et transmet au Fonds ses recommandations pour les décaissements à venir. À réception de la demande de décaissement vérifiée et mise à jour par l'Agent local du Fonds, le Secrétariat évalue la performance globale de la subvention et lui donne une note, ce qui déclenche le décaissement.

FIGURE 2.2 ALLOCATION DES DÉPENSES CUMULÉES PAR DOMAINE DE SERVICES FOURNIS POUR LES TROIS MALADIES, (RAPPORT 2008)



Source : Le Fonds mondial, données non publiées relatives aux rapports financiers améliorés, 2008.

53. **Contribution au financement international de la lutte contre les maladies.** Selon des estimations récentes, en 2008, le Fonds mondial a contribué au cinquième des décaissements totaux réalisés par les organismes bilatéraux et multilatéraux pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. On estime également qu'en 2009, il a contribué à hauteur de 63 pour cent au financement extérieur de la lutte contre la tuberculose dans ces mêmes pays (10) et de 57 pour cent aux décaissements internationaux pour la lutte contre le paludisme en 2008 (11). On peut donc dire que le Fonds mondial est de loin la principale source de financement international pour la lutte contre la tuberculose et le paludisme dans ces régions.

FIGURE 2.3 DÉPENSES CUMULÉES POUR LES TROIS MALADIES PAR CATÉGORIE DE COÛT

(RAPPORT 2008)



MÉDICAMENTS 21%

PRODUITS ET MATÉRIEL DE SANTÉ 18%

RESSOURCES HUMAINES 13%

GESTION DES PROGRAMMES 12%

FORMATION 11%

INFRASTRUCTURES 10%

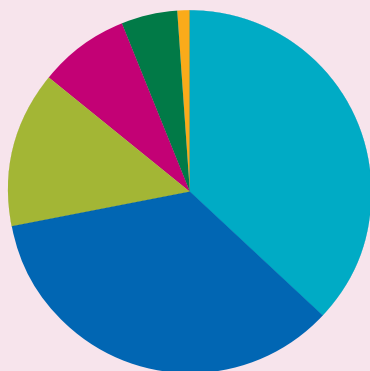
AUTRES 11%

SUIVI ET ÉVALUATION 4%

Source : Le Fonds mondial, données non publiées relatives aux rapports financiers améliorés, 2008.

FIGURE 2.4 DÉPENSES CUMULÉES PAR EXÉCUTANT

(RAPPORT 2008)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ 37%

OC/ONG/OBC/ÉTABLISSEMENTS
UNIVERSITAIRES 35%

AUTRES ORGANISMES
GOUVERNEMENTAUX 14%

PNUD 8%

AUTRES ORGANISMES MULTILATÉRAUX 5%

SECTEUR PRIVÉ 1%

OBC : organisations communautaires, OC : organisations confessionnelles, ONG : organisations non gouvernementales, PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement.

Source : Le Fonds mondial, données non publiées relatives aux rapports financiers améliorés, 2008.

54. **Investissements équilibrés.** L'un des principes du Fonds mondial est d'assurer des investissements équilibrés entre les régions, entre les trois maladies et entre la prévention, les traitements et les soins, le nouveau système de rapports financiers améliorés concernant les 5,1 milliards de dollars US de dépenses cumulées pour les 426 subventions actives, a montré que 61 pour cent des dépenses cumulées ont été allouées aux programmes de lutte contre le VIH, 15 pour cent aux programmes de lutte contre la tuberculose et 24 pour cent aux programmes de lutte contre le paludisme. **Sur le montant alloué à la lutte contre le VIH :**

- 30 pour cent ont été consacrés à la prévention ;
- 27 pour cent ont été consacrés aux traitements ;
- 16 pour cent ont été consacrés au renforcement des systèmes de santé (notamment les systèmes communautaires, le système d'information et la recherche opérationnelle, les infrastructures, les ressources humaines, la gestion des achats et des stocks, et le suivi et l'évaluation) ;
- 16 pour cent ont été consacrés aux activités visant à créer un environnement favorable (notamment l'élaboration de politiques, le renforcement de la société civile, les efforts de réduction de la stigmatisation, et la gestion et l'administration) ; et
- un pourcentage inférieur a été alloué à d'autres activités dont, entre autres, les activités de soutien et de soins.

Sur le montant alloué à la lutte contre la tuberculose, 53 pour cent ont été consacrés au dépistage et au traitement, les pierres angulaires de la lutte contre cette maladie.

Sur le montant alloué à la lutte contre le paludisme, 42 pour cent ont été consacrés à la prévention, couvrant principalement la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide les pulvérisations d'insecticide dans les foyers et les services de proximité communautaires (pour consulter la ventilation détaillée, voir la Figure 2.2).

55. La ventilation des dépenses par catégorie de coût pour les trois maladies (Figure 2.3) montre que 21 pour cent des fonds ont été consacrés aux médicaments et aux produits pharmaceutiques, 18 pour cent aux produits et au matériel de santé, 13 pour cent aux ressources humaines (y compris les traitements et salaires, et les frais de recrutement), 12 pour cent à la gestion des programmes (planification et administration, frais généraux, assistance technique, gestion des achats et des stocks), 11 pour cent à la formation de la main d'œuvre en matière de santé, ateliers, réunions, publications portant sur la formation et déplacements liés à la formation), 10 pour cent aux infrastructures sanitaires, 4 pour cent au suivi et à l'évaluation et le reste à d'autres catégories de coût.

56. Trente-cinq pour cent des fonds ont été décaissés pour les organisations de la société civile (31 pour cent pour les ONG et 4 pour cent pour les organisations confessionnelles), 37 pour cent pour les ministères de la Santé, 14 pour cent pour les autres ministères et 8 pour cent pour le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (Figure 2.4).

2.4 CONTRIBUTION DU FONDS MONDIAL AUX PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET DES AUTRES OBJECTIFS INTERNATIONAUX

« Sans le Fonds mondial, il aurait été impossible de commencer le traitement contre la tuberculose multirésistante. J'ai travaillé dans la lutte contre la tuberculose quand les choses étaient encore très difficiles et aujourd'hui, alors que nous connaissons des jours meilleurs, je ne voudrais travailler nulle part ailleurs. »

- TARIEL ENDELADZE,
DIRECTEUR DU CENTRE DE TRAITEMENT DE LA
TUBERCULOSE
D'ABASTUMANI, GÉORGIE

57. Les programmes soutenus par le Fonds mondial ont apporté une contribution de plus en plus importante à la réalisation d'objectifs internationaux en matière de services essentiels tels que la fourniture de traitements ARV, de traitements de brève durée sous surveillance directe et de moustiquaires imprégnées d'insecticide (voir Encadré 2.2 et Figure 2.5).

58. L'objectif international concernant le paludisme, tel que défini par le Plan stratégique mondial 2005-2015 (12) consiste à fournir, d'ici à 2010, des moustiquaires imprégnées d'insecticide à 80 pour cent des personnes exposées au risque le plus élevé de contracter le paludisme. La contribution des programmes soutenus par le Fonds mondial vers la réalisation de cette cible en Afrique subsaharienne a considérablement augmenté ces dernières années, passant de 5 pour cent en 2005 à 58 pour cent fin 2009.

59. De la même façon, en 2009, les programmes soutenus par le Fonds mondial ont contribué à hauteur de 48 pour cent à la réalisation des cibles internationales déterminées par le Partenariat Halte à la tuberculose liées au dépistage des cas de tuberculose et leur traitement, grâce aux programmes DOTS, alors que cette contribution n'était que de 26 pour cent en 2005.

ENCADRÉ 2.2 MESURER LES CONTRIBUTIONS DU FONDS MONDIAL À LA RÉALISATION DES PRINCIPALES CIBLES INTERNATIONALES

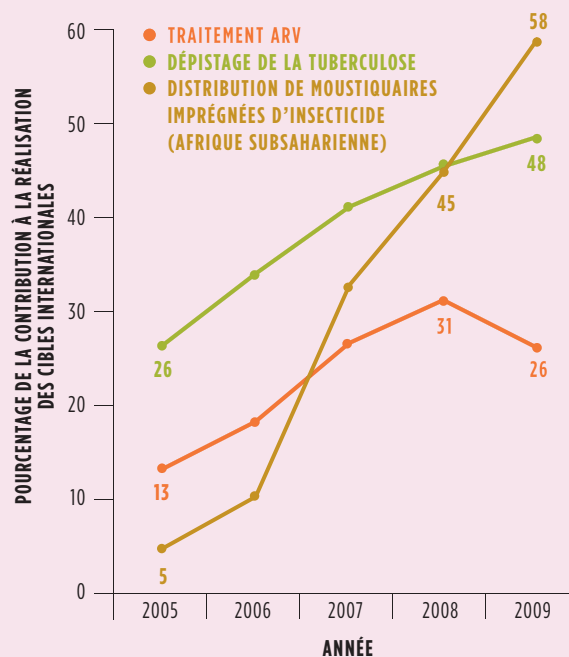
Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont les cibles mondiales les plus importantes en matière de développement. Les organismes internationaux et les partenariats spécialisés, qui couvrent un vaste éventail de problèmes et s'emploient principalement à évaluer l'impact de l'action en la matière, ont défini des cibles pour obtenir des indicateurs plus précis et mieux suivre les progrès vers la réalisation des OMD. Pour chacune des trois maladies, le Fonds mondial a choisi un indicateur et comparé les résultats des programmes aux résultats globaux escomptés.

Le premier indicateur, à savoir le nombre de personnes actuellement sous traitement ARV, a été défini en 2002 par l'OMS et l'ONUSIDA. Les résultats globaux escomptés pour parvenir à l'accès universel (13) ont servi à comparer les résultats effectifs dans ce rapport.

Le deuxième indicateur est le nombre de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive dépistés et traités. Le Partenariat Halte à la tuberculose a fourni une estimation des résultats escomptés pour les dix prochaines années (14). Les résultats globaux escomptés ont ensuite été cumulés à partir du milieu de l'année 2004, afin d'être comparés aux cibles et aux résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial.

En ce qui concerne le paludisme, le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées a été comparé à la cible consistant à couvrir de 80 pour cent les personnes à haut risque (les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), tel que prévu par le Plan stratégique mondial 2005-2015 du Partenariat Faire reculer le paludisme (12). En 2007, l'OMS avait recommandé la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à tous les groupes d'âge et pas uniquement aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. La plupart des résultats communiqués à la fin de l'année 2009 concernent les Séries 1 à 7, antérieures à cette recommandation. On considérerait donc que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide s'adressait principalement aux enfants âgés de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Les futures estimations tiendront compte des directives de 2007.

FIGURE 2.5 LES CONTRIBUTIONS DES PROGRAMMES SOUTENUS PAR LE FONDS MONDIAL À LA RÉALISATION DES CIBLES INTERNATIONALES POUR LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME.



Remarque : Les chiffres du Fonds mondial peuvent prendre en compte les services et produits co-financés par d'autres donateurs. La contribution est mesurée en fonction des résultats mondiaux escomptés. Voir également l'Encadré 2.2 pour obtenir de plus amples détails sur les cibles internationales.

Source : Références 12-14 ; Rapport d'activités. www.theglobalfund.org.



A L'HÔPITAL D'ABASTUMANI EN GEORGIE, UNE PATIENTE PREND SON TRAITEMENT QUOTIDIEN SOUS LE CONTRÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. AVEC LE SOUTIEN DU FONDS MONDIAL, LE PAYS A D'ABORD OFFERT DES MÉDICAMENTS CONTRE LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE EN 2008, ET FOURNIT DÉSORMAIS L'ACCÈS UNIVERSEL AU TRAITEMENT CONTRE LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE.

60. En 2009, les programmes soutenus par le Fonds mondial ont également contribué à hauteur de 26 pour cent à la réalisation des cibles internationales pour le traitement ARV par rapport à 13 pour cent en 2005 et 31 pour cent en 2008. Bien que le nombre absolu de personnes ayant accès à un traitement ARV ne cesse d'augmenter considérablement grâce à ces programmes, la part contributive de ces programmes à la réalisation de la cible internationale a légèrement baissé récemment.

2.4.1 LA CONTRIBUTION DU FONDS MONDIAL À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

61. Les investissements consentis par le Fonds mondial pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme contribuent directement à la réalisation des OMD 4, 5, 6 et 8, et indirectement à celle des autres OMD

(voir Encadré 1.1. Ces trois maladies sont souvent dues à la pauvreté. Par conséquent, elles affectent le développement en général et ont un impact sur les huit OMD (15, 16). Voici quelques exemples de ces contributions.

62. Le Fonds mondial contribue à la réalisation de l'OMD 5, « améliorer la santé maternelle », en particulier en Afrique subsaharienne, en réduisant les principales causes de mortalité chez les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans), en réduisant les principales causes de mortalité maternelle et en facilitant l'intégration de services de lutte contre le VIH et de santé reproductive et sexuelle (Tableau 2.7).

63. La première cible de l'OMD 5 consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle. Au niveau mondial, le VIH est la première cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer (18 pour cent), puis les pathologies liées à la maternité (12 pour cent) et les maladies cardiovasculaires (12 pour cent) (17). Toutefois, en Afrique subsaharienne, le VIH est responsable de 46 pour cent des décès des femmes de cette tranche d'âge.

64. Une grande partie des décès maternels est également directement attribuable au VIH et, dans une moindre mesure, au paludisme. En Afrique du Sud, le VIH, la tuberculose et d'autres infections non associées à la grossesse (18) sont responsables d'au moins 38 pour cent des décès maternels. Vingt-cinq pour cent des anémies maternelles sévères, une cause importante de mortalité maternelle, pourraient également être dues au paludisme (19). Une étude d'autopsie menée au Mozambique de 2002 à 2004 a attribué 12,9 pour cent de la mortalité maternelle aux maladies associées au VIH, et 10,1 pour cent à un paludisme grave (20).

65. L'accès universel à la santé reproductive est la deuxième cible de l'OMD 5. L'intégration de programmes de lutte contre le VIH dans des établissements qui n'offraient pas de services liés au VIH peut catalyser le recours aux services de santé reproductive. Presque tous les programmes de lutte contre le VIH soutenus par le Fonds mondial fournissent des services de santé reproductive et sexuelle, notamment le traitement des infections

sexuellement transmissibles, la communication pour les changements comportementaux et les pratiques sexuelles à moindre risque, la distribution de préservatifs, les services de conseil et de test VIH, ainsi que les soins et le soutien pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles (21). Selon une étude, après la mise en place de centres de soins primaires au Rwanda, les services de soins primaires, comme les services de santé reproductive, ont été davantage utilisés.

66. Le Fonds mondial contribue à la réalisation de l'OMD 4, « Réduire la mortalité infantile », en soutenant en particulier :

- une intensification sans précédent des activités de prévention et de lutte contre le paludisme ;
- un élargissement de l'accès des enfants au traitement contre le VIH (voir Tableau 2.7) ainsi que des services de soins, de soutien et de traitement pour les nouveau-nés et les enfants exposés au VIH et infectés par le VIH, plus complets et géographiquement mieux répartis ; et
- une intensification des programmes de Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME).

67. En 2008, le paludisme a entraîné la mort de 863 000 personnes, dont 85 pour cent étaient des enfants (2). En Afrique subsaharienne, cette maladie était responsable de 16 à 18 pour cent de la mortalité infantile (30, 31). Les données publiées en 2009 provenant de 22 pays africains lourdement touchés par le fardeau du paludisme montrent que, ces dernières années, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide a augmenté de façon significative. Par exemple :

- au Rwanda, le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la veille de l'enquête est passé de 4 pour cent en 2004 à 56 pour cent en 2007 ;
- en Gambie, ce nombre est passé de 15 pour cent en 2000 à 49 pour cent en 2005 ;
- en Zambie, il est passé de un pour cent en 1999 à 41 pour cent en 2008 (pour consulter des données similaires relatives à d'autres pays, voir Figure 2.6). On a observé un recul de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme ainsi qu'une baisse de la mortalité infantile dans de nombreux pays.

68. Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide s'est considérablement intensifiée, passant d'un nombre cumulé de 18 millions en 2006 à un total cumulé de 104 millions en 2009. Les pays qui ont renforcé la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et/ou la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations ainsi que la prise en charge des cas de paludisme par ACT ont commencé à constater une importante diminution de la mortalité infantile (2). À la fin de l'année 2009, 336 millions de dollars US avaient été décaissés afin de fournir 50 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée à l'Éthiopie, au Kenya, à la Tanzanie, à l'Ouganda et au Nigéria. Les programmes soutenus par le Fonds mondial devraient permettre de distribuer 136 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique subsaharienne d'ici à la fin 2010.

TABLEAU 2.7 LES CONTRIBUTIONS DU FONDS MONDIAL À LA RÉALISATION DES OMD 4 ET 5

	FARDEAU DES MALADIES PESANT SUR LES FEMMES ET LES ENFANTS	SOUTIEN DU FONDS MONDIAL AUX FEMMES ET AUX ENFANTS
VIH	<ul style="list-style-type: none"> 50% des infections au VIH dans le monde, et 60% en Afrique, touchent les femmes (23). 	<ul style="list-style-type: none"> En 2009, 2,5 millions de personnes ont bénéficié d'un traitement ARV dont environ 60% de femmes.
	<ul style="list-style-type: none"> Au niveau mondial, le VIH est la première cause de mortalité chez les femmes âgées de 15 à 44 ans et, en Afrique, il constitue une cause majeure de mortalité maternelle (17, 24, 25). 	<ul style="list-style-type: none"> 790 000 femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale afin de prévenir la transmission mère-enfant.
	<ul style="list-style-type: none"> En 2008, 2 millions d'enfants vivaient avec le VIH. La majorité d'entre eux ont été infectés suite à une transmission mère-enfant (1). 	<ul style="list-style-type: none"> Depuis 2004, environ 4,5 millions de services de soins et de soutien ont été fournis à des orphelins et autres enfants vulnérables. Grâce aux programmes financés par le Fonds mondial, 1,5 millions d'orphelins environ reçoivent actuellement un soutien.
	<ul style="list-style-type: none"> Cinq pour cent des décès des enfants de moins de cinq ans sont associés au VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Un nombre croissant d'enfants vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV. Par exemple, selon les rapports des programmes soutenus par le Fonds mondial en Inde, quelque 15 000 enfants sont sous traitement ARV. Au Cambodge, ils sont plus de 3 000.
	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 14 millions d'enfants ont perdu au moins un parent du sida, la plupart en Afrique (26). 	
PALUDISME	<ul style="list-style-type: none"> Pendant la grossesse, le paludisme augmente le risque d'anémie maternelle et de fausse couche. Les femmes enceintes séropositives sont exposées à un risque accru (27, 28). 	<ul style="list-style-type: none"> En 2009, 34 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées.
	<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays où le paludisme est endémique, environ 10 000 femmes et 200 000 enfants meurent chaque année de cette maladie (28). 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 1999 et 2004, et entre 2005 et 2008, parmi les 25 premiers bénéficiaires du Fonds mondial en matière de lutte contre le paludisme : <ul style="list-style-type: none"> le pourcentage médian de femmes enceintes qui ont dormi sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 2% à 21% ; le pourcentage médian d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 2% à 23% ;
	<ul style="list-style-type: none"> Environ 90% des décès associés au paludisme surviennent en Afrique. Dans cette région, le paludisme est responsable de presque 20% des décès des enfants de moins de cinq ans (17). 	<ul style="list-style-type: none"> Globalement, le taux d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays dans lesquels le fardeau du paludisme est élevé était de 28% en 2008 (2).
	<ul style="list-style-type: none"> Dans les zones où le paludisme est endémique, presque 28% des cas de faible poids de naissance sont attribuables au paludisme (28). 	
TUBERCULOSE	<ul style="list-style-type: none"> En 2008, 3,6 millions de femmes ont contracté la tuberculose (2) 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 2004 et 2009, 6 millions de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive ont été dépistés et traités, soit plus de la moitié du nombre total de dépistages dans le monde. Les taux de détection des cas étaient les mêmes pour les hommes que pour les femmes (3).
	<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, le fardeau de la tuberculose pèse lourdement sur les femmes. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Des études montrent que l'évolution de l'infection à la tuberculose vers la maladie est susceptible d'être plus rapide chez les femmes que chez les hommes, pendant les années de fécondité (29). 	

Remarque : 1 Basé sur les pays pour lesquels deux points de données successifs sont disponibles. Femmes enceintes qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (n = 11), enfants âgés de moins de cinq ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (n = 18)

TABLEAU 2.8 PROGRÈS OBSERVÉS DANS LE MONDE VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS INTERNATIONAUX CHOISIS : ANALYSE DES DONNÉES DE L'OMS, DE L'ONUSIDA ET DE L'UNICEF

	TRAITEMENTS ARV DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE : BÉNÉFICIAIRES ET BESOIN EN POURCENTAGE ¹	PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE POUR 100 000 PERSONNES ²	MORTALITÉ DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE CINQ ANS POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ³
DONNÉES DE BASE	1,3 MILLIONS, 20% (2005) (30)	220 (2000) (3)	166 (2000) (32)
CIBLE INTERNATIONALE	80% (2010)	125 (2015)	61 (2015)
RÉSULTATS	4,03 MILLIONS, 42% (2008) (1)	170 (2008) (3)	144 (2008) (32)
PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DE LA CIBLE INTERNATIONALE	53%	53%	21%
PROGRÈS ASSORTIS DE DÉLAIS (EXPRIMÉS EN POURCENTAGE DE L'OBJECTIF INTERMÉDIAIRE AFFÉRANT)	72%	99%	40% ⁴

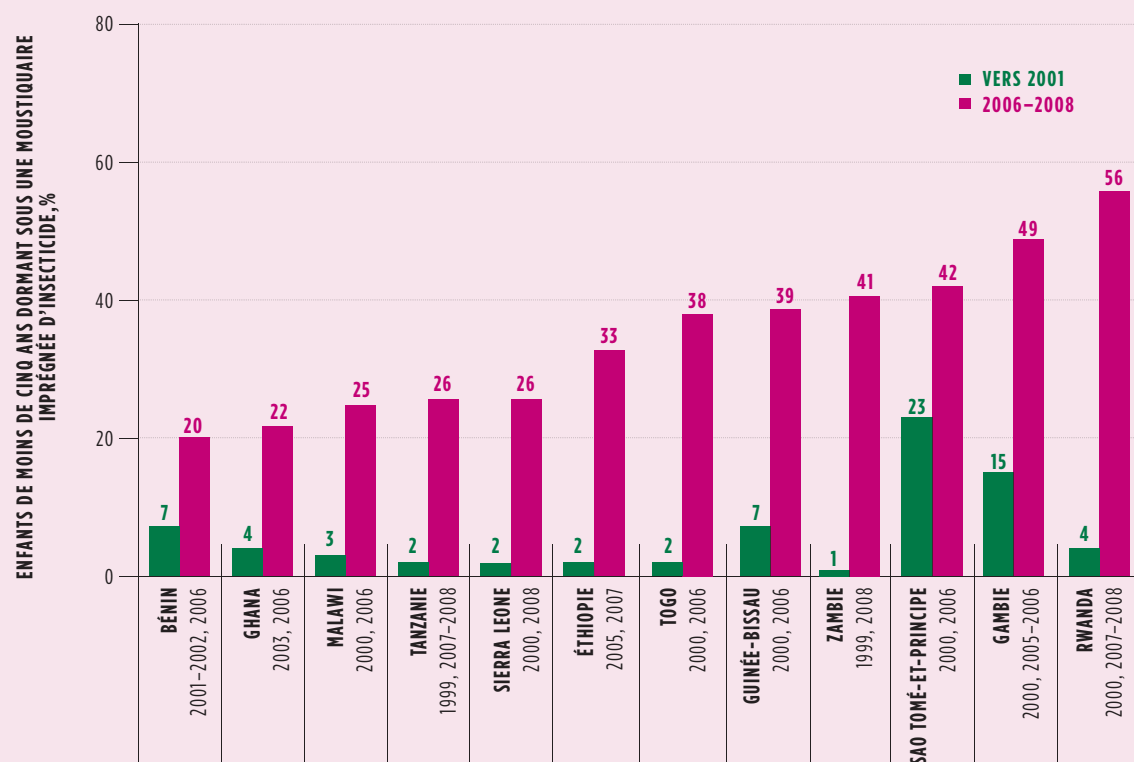
¹ Selon les besoins estimés par l'OMS et l'ONUSIDA pour réaliser l'accès universel au traitement ARV (soit une couverture de 80 pour cent) d'ici à 2010 (OMD 6, cible 2). Les progrès assortis de délais pour 2008 sont basés sur l'interpolation linéaire du nombre de personnes qui bénéficiaient d'un traitement ARV en 2005 et de la couverture de 80 pour cent à atteindre en 2010.

² L'une des cibles du Partenariat Halte à la tuberculose consiste à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la prévalence de cette maladie (250 personnes présentant n'importe quelle forme de tuberculose pour 100 000 personnes). La cible pour 2008, années pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles, est basée sur une interpolation linéaire.

³ La cible de l'OMD 4 vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les données présentées dans le tableau concernent l'Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par le paludisme en matière de mortalité infantile. La cible de départ est basée sur l'interpolation linéaire des résultats de 2008, année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles.

⁴ Ce chiffre ne tient pas compte des récents progrès accomplis en matière d'intensification des services et de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide dont l'impact devrait être visible en 2009 et 2010.

FIGURE 2.6 POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS QUI DORMAIENT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LA VEILLE DE L'ENQUÊTE, AFRIQUE SUBSAHARIENNE



Source : version révisée d'après la référence 35.

69. Comme mentionné à la section 2.1 de ce rapport, à la fin de l'année 2009, dans le cadre des subventions du Fonds mondial, 790 000 femmes enceintes séropositives vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire avaient bénéficié d'un programme complet de prophylaxie ARV pour prévenir la transmission mère-enfant. Pour la seule année 2009, 340 000 femmes enceintes ont reçu un traitement de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), soit une augmentation substantielle comparée aux années précédentes. Dans les années à venir, le Fonds mondial, en collaboration avec ses partenaires, continuera d'intensifier les programmes de PTME afin de parvenir à l'élimination presque totale de la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici à 2015.

70. De manière générale, **on observe des progrès substantiels vers la réalisation des OMD et d'autres cibles internationales. Cependant**, les données des partenaires du Fonds mondial (résumées dans le Tableau 2.8) relatives à l'accès au traitement ARV, à la prévalence de la tuberculose et à la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans (un indicateur important pour mesurer les progrès de la lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne), montrent qu'il faut accélérer les **progrès si l'on veut atteindre les cibles d'ici à 2015**.

71. Au niveau mondial, **les preuves de l'impact direct des traitements contre le sida sur la mortalité des adultes se multiplient**. En 2008, la mortalité liée au sida avait diminué d'environ 10 pour cent par rapport à 2004 (36). Entre 2005 et 2008, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement ARV a triplé et la couverture a plus que doublé pour atteindre 42 pour cent. Les efforts

consentis au niveau mondial pour augmenter le nombre de traitements ARV n'ont cependant pas permis d'atteindre l'objectif intermédiaire de 56 pour cent fixé pour 2008 (Tableau 2.8).

72. De manière générale, **les efforts de lutte contre la tuberculose devraient permettre de réaliser certaines des cibles internationales de l'OMD 6**. L'incidence de cette maladie diminue et, en 2008, sa prévalence a baissé pour atteindre 170 cas pour 100 000 habitants.

73. Le paludisme est responsable de 16 à 18 pour cent de la mortalité infantile et l'Afrique subsaharienne subit une grande partie du fardeau de cette maladie. En 2008, la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne était de 144 pour 1 000 naissances vivantes, alors que la cible intermédiaire pour 2008 de l'OMD était de 110 pour 1 000 naissances vivantes. La diminution de la mortalité infantile est due à diverses interventions de santé telles que la vaccination, les antibiotiques pour les infections respiratoires aiguës, la supplémentation en vitamine A, la réhydratation orale en cas de diarrhée, l'augmentation de la PTME et l'intensification des programmes de lutte contre le paludisme. Les investissements consentis par le Fonds mondial pour lutter contre le paludisme en Afrique subsaharienne permettront d'augmenter le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées qui devraient atteindre les 136 millions d'ici à fin 2010. Ils permettront également d'élargir l'accès aux ACT. **Un certain nombre de pays**, dont l'Érythrée, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, la Zambie, la Namibie et le Swaziland, **ont signalé une réduction de plus de 50 pour cent de la mortalité liée au paludisme** (2).

TABLEAU 2.9 ACCÈS AU TRAITEMENT ARV DANS LES 25 PAYS BÉNÉFICIANT DES INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL LES PLUS IMPORTANTS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

PAYS	DONNÉES DE BASE – SUIVI DU TRAITEMENT ARV EN 2005	RÉSULTATS 2008 – SUIVI DU TRAITEMENT ARV	AUGMENTATION SUR LA PÉRIODE 2005 – 2008, EN POURCENTAGE	CIBLE INTERMÉDIAIRE 2008 – SUIVI DU TRAITEMENT ARV	RÉSULTATS 2008 – SUIVI DU TRAITEMENT ARV EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DE LA CIBLE INTERMÉDIAIRE 2008	DÉCAISSEMENTS CUMULÉS DU FONDS MONDIAL POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH (EN MILLIONS DE DOLLARS US, FIN 2009)
ÉTHIOPIE	21 000	132 000	544	157 000	82	405,8
INDE	52 000	235 000	356	321 000	68	353
TANZANIE	22 000	154 000	616	220 000	67	288,5
MALAWI	33 000	147 000	345	152 000	95	248,2
CHINE	19 000	48 300	154	99 000	37	225,3
FÉDÉRATION DE RUSSIE	5 000	55 000	1 000	93 000	57	220,6
ZAMBIE	49 000	226 000	366	178 000	137	225,3
UKRAINE	4 000	11 000	206	45 000	17	151,5
THAÏLANDE	82 000	180 000	121	153 000	139	150,7
NIGÉRIA	41 000	239 000	483	376 000	59	142,1
RWANDA	19 000	63 000	232	40 000	>200	151,2
HAÏTI	7 000	19 000	186	20 000	95	130,9
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	8 000	25 000	216	61 000	32	130,4
GHANA	5 000	22 000	378	44 000	44	107,7
CAMBODGE	13 000	32 000	156	24 000	167	102,2
AFRIQUE DU SUD	207 000	701 000	239	899 000	71	97,2
MOZAMBIQUE	20 000	128 000	540	186 000	65	98
NAMIBIE	29 000	59 000	103	40 000	>200	87,6
KENYA	66 000	243 000	268	252 000	95	87,4
CAMEROUN	24 000	60 000	155	96 000	50	78
OUGANDA	75 000	164 000	119	198 000	72	76,8
SWAZILAND	13 000	33 000	152	34 000	96	72,7
SOUDAN	500	2 000	360	42 000	4	67,1
ZIMBABWE	25 000	148 000	504	283 000	48	66,6
INDONÉSIE	4 000	11 000	203	22 000	38	60,4

Remarque : Dans ce rapport, l'accès universel au traitement ARV est défini comme une couverture de 80 pour cent. Les cibles 2008 (colonne 5) sont basées sur l'interpolation linéaire des données de base pour 2005 (colonne 2) et de la couverture de 80 pour cent pour 2010 (non indiquée). Les progrès vers la réalisation des cibles intermédiaires 2008 (colonne 6) correspondent au rapport entre le pourcentage d'augmentation observé (colonne 4) et le pourcentage d'augmentation escompté (de la colonne 5 à la colonne 2). Ainsi, un taux de 100 pour cent signifie que, si l'on part d'une hypothèse d'augmentation linéaire, un pays est en bonne voie pour réaliser les cibles fixées pour 2010. Les décaissements couvrent toutes les activités liées au VIH.

Source : Données de base 2005, besoins estimés en 2007 et résultats 2008 tirés des références 1, 33 et 37.

74. Les données relatives aux progrès nationaux vers la réalisation des OMD révèlent d'importantes différences par rapport aux progrès régionaux. Les sous-sections suivantes se concentrent sur chacune des maladies dans les 25 pays où les investissements du Fonds mondial sont les plus importants.

2.4.2 PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES CIBLES LIÉES AU VIH : EXEMPLES DE PAYS

75. **La réalisation de l'accès universel à des services complets de prévention et de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH contribuerait dans une large mesure à la réalisation des OMD, et en particulier de l'OMD 6.** D'après les données relatives aux progrès vers la réalisation de l'accès universel au traitement ARV d'ici à fin 2010 dans les 25 pays où le Fonds mondial investit 65 pour cent dans des programmes liés au VIH, cinq pays sont en bonne voie pour atteindre les objectifs fixés en matière d'accès au traitement ARV : le Cambodge, la Namibie, le Rwanda, la Thaïlande et la Zambie. Quatre autres pays, à savoir Haïti, le Kenya, le Malawi et le Swaziland, ont également étendu l'accès au traitement ARV mais devront intensifier leurs efforts s'ils veulent atteindre les objectifs fixés. Parallèlement, plusieurs pays, et notamment le Soudan et l'Ukraine, devront accélérer le rythme pour atteindre leurs objectifs (pour obtenir de plus amples détails, voir le Tableau 2.9).

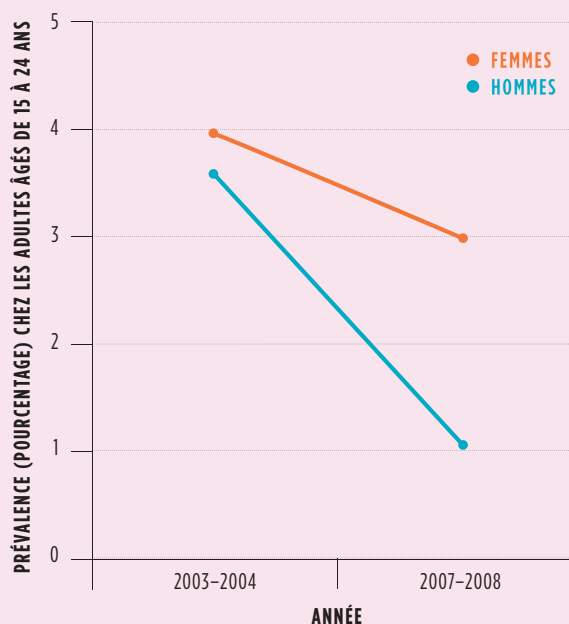
76. Bien qu'il reste de nombreux obstacles à franchir avant de pouvoir réaliser l'OMD 6, les résultats des pays montrent que l'intensification rapide des services de prévention et de traitement du VIH ainsi que des soins et du soutien liés à cette maladie a un impact très important. Même dans les milieux les plus fragiles et disposant de ressources limitées, on a enregistré un recul régulier de la mortalité liée au VIH dans les cinq ans suivant l'extension du traitement ARV, en particulier lorsque ces mesures se sont accompagnées de campagnes d'éducation sanitaire et de services de conseil et de test de dépistage volontaire facilement accessibles. Les rapports montrent que l'extension du traitement ARV a non seulement entraîné une réduction significative du taux de mortalité liée au sida, mais a également amélioré la survie et la productivité des enseignants, des professionnels de santé et d'autres travailleurs, ainsi que les systèmes de soins. Des exemples de l'intensification des interventions dans les pays et de leurs impacts sont présentés ci-après.

77. **Tanzanie.** Les efforts de prévention du VIH et de lutte contre cette maladie dans le pays sont soutenus par le Fonds mondial, la Banque mondiale, le PEPFAR et d'autres parties prenantes. À la fin de l'année 2009, sur le total des montants approuvés pour lutter contre ces deux maladies, soit 528,4 millions pour le VIH et 83,5 millions de dollars US pour la lutte contre la co-infection VIH/tuberculose, le Fonds mondial avait décaissé respectivement 234 millions et 55 millions de dollars US. Depuis 2004, la Tanzanie a rapidement intensifié ses activités de prévention et de traitement du VIH (38, 40). Entre 2003, année où le Fonds mondial a alloué les premiers fonds à la Tanzanie, et la fin de l'année 2009 :

- 103 000 femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'un programme complet de prophylaxie ARV pour la PTME. Elles étaient 1 800 en 2003 à en avoir bénéficié ;
- 383 000 enfants ont reçu un soutien grâce aux programmes mis en œuvre pour les orphelins et les enfants vulnérables ;
- 5,4 millions de personnes ont bénéficié de conseils concernant le VIH et ont fait l'objet de dépistage ; et
- à la fin de l'année 2009, 202 845 adultes et enfants bénéficiaient d'un traitement ARV (soit 46 pour cent des personnes éligibles au traitement), alors qu'ils n'étaient qu'un peu plus de 1 500 en 2003.

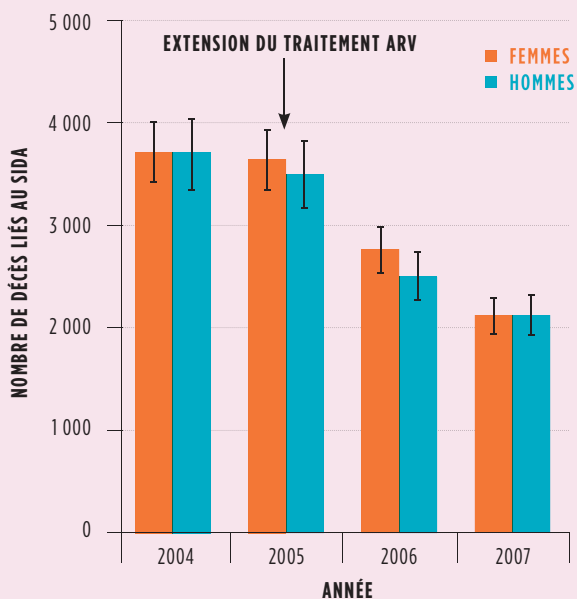
78. En comparant deux enquêtes dans la population, on a observé que, entre 2003 et 2008, la prévalence du VIH a diminué, passant de 4 pour cent à 3 pour cent chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, et de 3,6 pour cent à 1,1 pour cent chez les hommes de la même catégorie d'âge (Figure 2.7) (36, 40).

FIGURE 2.7 TENDANCES RELATIVES À LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS, TANZANIE, 2003-2008



Source : référence 40.

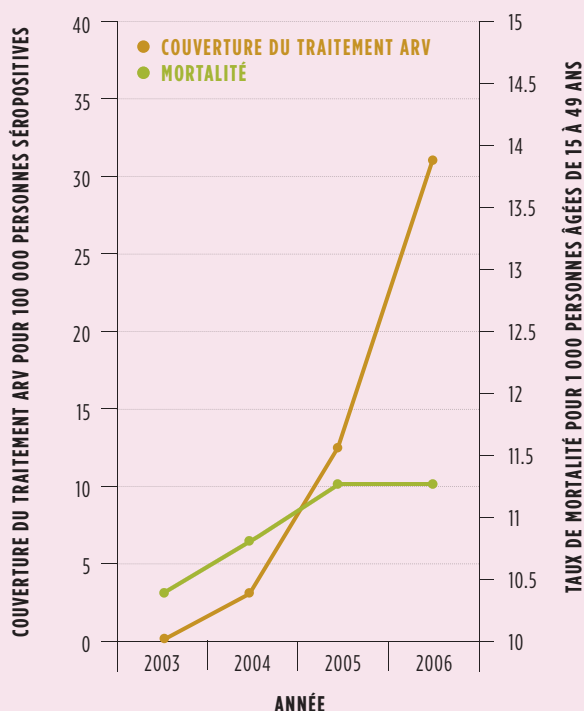
FIGURE 2.8 NOMBRE ESTIMÉ DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA À ADDIS ABEBA, ÉTHIOPIE, 2004–2007



Remarque : Les segments représentent des estimations fiables à 95%.

Source : référence 42.

FIGURE 2.9 COUVERTURE DU TRAITEMENT ARV ET MORTALITÉ TOUTES CAUSES CONFONDUES EN AFRIQUE DU SUD, 2003–2006



Source : référence 1.

79. **Éthiopie.** L'investissement massif consenti par le Fonds mondial, associé à un soutien sans faille de diverses organisations internationales et organisations de la société civile, a permis au gouvernement éthiopien d'intensifier rapidement ses activités de prévention et de traitement du VIH. Sur le montant total approuvé de 948,8 millions de dollars US, 405,8 millions avaient été décaissés par le Fonds mondial à la fin 2009, ce qui a permis de financer les interventions et programmes suivants :

- 163 000 adultes et enfants bénéficiaient d'un traitement ARV (53 pour cent des personnes éligibles au traitement), alors qu'ils étaient 900 au début de l'année 2005 (41) ;
 - 5,6 millions de jeunes ont bénéficié de programmes communautaires de proximité sur l'éducation sanitaire mis en œuvre dans les écoles ;
 - 51 000 enseignants ont bénéficié de programmes d'éducation sanitaire ;
 - 5,3 millions de personnes ont bénéficié de conseils concernant le VIH et ont fait l'objet d'un dépistage en 2009.
- Des rapports récents montrent que, en 2002 et 2007, l'extension du traitement ARV en Éthiopie a généré un recul à l'échelle de la population de la mortalité liée au sida dans la capitale du pays (Figure 2.8). Cette extension a également permis d'améliorer la survie des patients sous traitement ARV, et 60 pour cent (entre 57 et 63 pour cent) des décès liés au sida attendus en 2007 ont été évités grâce à la disponibilité du traitement ARV (42, 43).

80. **République Dominicaine.** Sur le montant approuvé de 87,5 millions de dollars US, le Fonds mondial avait décaissé 56,7 millions pour les efforts de prévention du VIH et de lutte contre la maladie en République Dominicaine à la fin de l'année 2009. Le pays a ainsi pu intensifier sa lutte contre cette maladie. En décembre 2009 (36, 44) :

- 2 millions de personnes avaient bénéficié des activités de prévention du VIH, dont 800 000 personnes issues de populations à haut risque (les travailleurs/travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les migrants, les jeunes et les prisonniers) ;
- 1,4 millions de personnes (dont 3 800 femmes enceintes) avaient bénéficié de conseils et avaient fait l'objet de dépistage du VIH dans 155 centres de conseil et de test à travers le pays ;
- 6 400 femmes enceintes séropositives avaient bénéficié d'un traitement de PTME ; et
- 13 000 personnes étaient sous traitement ARV.

81. **Malawi.** Sur le montant de 375,2 millions de dollars US approuvé pour les programmes liés au VIH au Malawi, 248,2 millions avaient été décaissés à la fin 2009. Une extension du traitement ARV au niveau national, ainsi que d'autres interventions, ont été lancées en juin 2004, financées principalement par le Fonds mondial. À la fin de l'année 2009, 37 000 femmes enceintes séropositives avaient bénéficié d'un traitement de PTME et 170 000 adultes et enfants étaient sous traitement ARV (45 pour cent des personnes éligibles au traitement). Pour l'année 2009 seulement, 3,7 millions de personnes ont reçu des conseils sur le VIH et ont fait l'objet d'un dépistage.

82. Les rapports montrent que l'extension rapide du traitement ARV dans le pays a généré de nombreux résultats positifs dont les suivants :

- entre 2002 et 2006, l'extension du traitement ARV a permis à 2 380 enseignants séropositifs d'accéder à un traitement de prolongation de vie. Environ 70 pour cent des enseignants qui avaient débuté un traitement pendant cette période étaient toujours en vie et sous traitement à la fin de 2006 (45) ;
- 12 mois après le début du traitement, 250 décès avaient été évités chez les professionnels de santé dans un pays qui manque cruellement de ressources humaines. Cela s'est traduit par un temps de travail cumulé de plus de 1 000 jours-personnes par semaine, soit l'équivalent des ressources humaines requises pour fournir un traitement ARV au niveau national (46) ; et
- dans les huit mois suivant l'introduction du traitement ARV, la mortalité des adultes enregistrait une baisse de 10 pour cent et la mortalité des personnes bénéficiant d'un meilleur accès aux services de traitement ARV reculait de 35 pour cent (47).

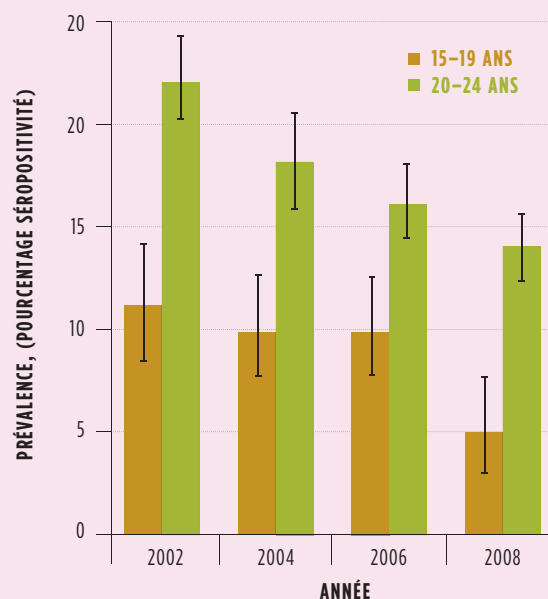
83. **Afrique du Sud.** L'Afrique du Sud a intensifié l'augmentation rapide de ses services de prévention, de soins et de traitement du VIH. Sur le montant total approuvé de 271,3 millions de dollars US, le Fonds mondial avait décaissé, à la fin de 2009, 97,2 millions pour des subventions liées au VIH et 87,2 millions pour des subventions liées à la co-infection tuberculose/VIH afin de soutenir les efforts sud-africains de lutte contre le VIH. Ce soutien était principalement axé sur les campagnes de communication sur les changements comportementaux, la mise à disposition de traitements ARV et sur une bonne collaboration entre les différents acteurs de la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH.

84. Depuis 2004, le Ministère de la Santé de la province du Cap Occidental met en œuvre un programme lié au VIH et au sida avec le soutien du Fonds mondial. Ce programme a permis à 1,7 millions de jeunes de recevoir une éducation par l'intermédiaire de 17 000 éducateurs par les pairs volontaires ayant été formés. D'autres projets soutenus par le Fonds mondial ont fourni des soins de base et un soutien à 6 750 orphelins et enfants vulnérables, et une activité génératrice de revenus à 2 800 personnes. Initialement, le Fonds mondial finançait la quasi totalité de l'extension du traitement ARV mais le gouvernement assume désormais la responsabilité financière de la mise à disposition du traitement.

85. Par le biais du Fonds mondial, la compagnie pétrolière américaine Chevron Corporation, l'entreprise partenaire numéro 1 du Fonds mondial, contribue à hauteur de 5 millions de dollars US aux programmes de lutte contre le VIH/sida menés dans la province du Cap Occidental, dans le cadre d'une contribution plus large de 30 millions de dollars US aux efforts de lutte contre les trois maladies.

86. Entre décembre 2007 et décembre 2008, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement ARV en Afrique du Sud a augmenté de 53 pour cent, passant de 458 951 à 700 500 (1). Parallèlement à l'augmentation

FIGURE 2.10 PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES FEMMES FRÉQUENTANT DES CENTRES PRÉNATAUX, NAMIBIE, 2002-2008



Remarque : Les segments représentent des estimations fiables à 95%

Fuente : référence 48.

de la couverture du traitement ARV, le taux de mortalité, qui avait rapidement augmenté les années précédentes, s'est stabilisé (Figure 2.9).

87. **Namibie.** Sur le montant total approuvé de 213,1 millions de dollars US pour les programmes liés au VIH en Namibie, le Fonds mondial avait décaissé 87,6 millions à la fin de 2009. La Namibie a entamé une extension du traitement ARV en 2004, fortement soutenu par le Fonds mondial et le PEPFAR, et fin 2009, une couverture de 69,5 pour cent des adultes et des enfants ayant besoin d'un traitement avait été atteinte, alors que cette couverture était pratiquement inexistante en 2003. Fin 2009, on comptait 70 577 personnes sous traitement ARV. En outre, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial :

- 15 031 femmes enceintes séropositives avaient bénéficié d'un traitement de PTME ;
- 808 000 jeunes avaient été couverts au travers de programmes liés au VIH adaptés aux jeunes scolarisés et non scolarisés ;
- 625 000 adultes avaient été couverts grâce aux services communautaires de proximité de sensibilisation au VIH et au sida ;
- près de 400 000 personnes avaient reçu des conseils pour le VIH et avaient fait l'objet de dépistage ;
- plus de 91 millions de préservatifs avaient été distribués par le biais de programmes de commercialisation sociale et dans des établissements publics.

88. Comme le montre la Figure 2.10, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes a baissé entre 2002 et 2008 (48), passant de 11 pour cent à 5,1 pour cent chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, et de 22 pour cent à 13,9 pour cent chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. Cette baisse intervient principalement depuis 2006.

2.4.3 PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES CIBLES LIÉES À LA TUBERCULOSE : EXEMPLES DE PAYS

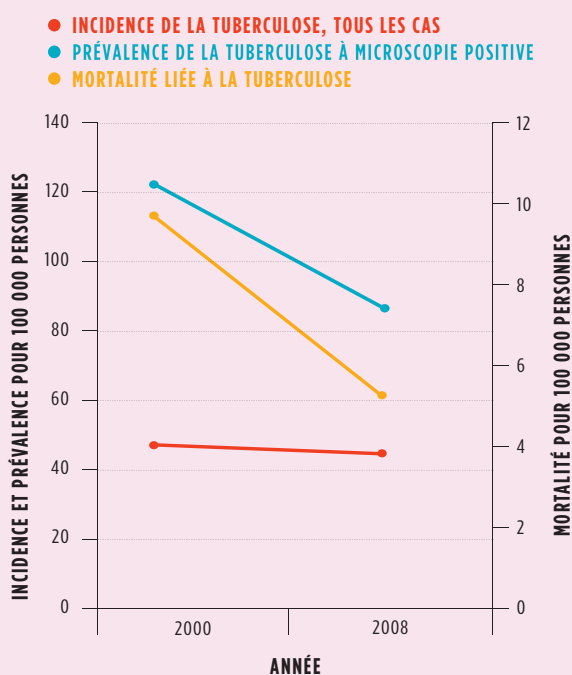
89. Parmi les 25 pays bénéficiant des investissements les plus importants du Fonds mondial dans la lutte contre la tuberculose, 12 sont en bonne voie pour réduire de moitié la prévalence de cette maladie d'ici à 2015 (Tableau 2.10). Sept de ces pays se situent en Asie, deux en Afrique (la Somalie et la Zambie), un sur le continent américain (le Pérou) et deux en Europe (la Roumanie et le Tadjikistan). Quatre autres pays ont réussi à faire baisser la prévalence de la tuberculose mais doivent intensifier leurs efforts s'ils veulent atteindre les cibles fixées à l'horizon 2015. Dans les neuf pays restants, qui se situent tous en Afrique subsaharienne, la prévalence de la tuberculose a augmenté depuis 2000, étant donné la croissance de l'épidémie de VIH dans la région.

90. Les investissements du Fonds mondial dans des services liés à la co-infection tuberculose/VIH augmentent de façon significative. Cela devrait contribuer à combler les insuffisances actuelles, mais d'importants efforts devront être faits pour mieux prévenir et traiter cette co-infection. Certains des pays où les besoins sont les plus pressants commencent à bénéficier des subventions approuvées lors des Séries 8 et 9. Par exemple, la proposition relative à la tuberculose soumise par le Nigéria dans le cadre de la Série 9 a été approuvée en novembre 2009 pour un montant de 113 millions de dollars US. Ce montant vient s'ajouter aux 64 millions déjà approuvés pour la proposition de lutte contre la tuberculose faite par le pays lors de la Série 5. En République démocratique du Congo, une proposition de la série 9 augmentera de presque huit fois le montant des propositions approuvées par le Fonds mondial dans ce pays, qui passera de 45 millions à 352 millions de dollars US. La proposition afghane pour la tuberculose de la Série 8 a ajouté 32,3 millions de dollars US à la proposition du pays de la Série 4 qui s'élevait à 3,5 millions de dollars US, alors que la proposition du Bangladesh de la Série 8 pour la tuberculose a permis de presque doubler les fonds approuvés pour la tuberculose par le Fonds mondial pour le pays ; le montant est ainsi passé de 86 millions à 162 millions de dollars US.

91. Bien qu'il reste de nombreux obstacles à franchir pour réaliser l'OMD 6 et les cibles du Partenariat Halte à la tuberculose, on voit toutefois apparaître de nombreux exemples encourageants de réussites nationales, notamment dans les pays où le Fonds mondial a procédé à d'importants décaissements pour les subventions liées à la tuberculose. En comblant les insuffisances de financement qui entravent l'extension des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, le Fonds mondial a contribué aux résultats positifs obtenus dans ces pays.

92. **Bangladesh.** Au cours des dix dernières années, le programme national de lutte contre la tuberculose du Bangladesh a fait des progrès importants en matière d'extension du traitement DOTS, en partie grâce à la collaboration active entre le système de santé publique et les ONG. Depuis 2004, le Fonds mondial assure le finance-

FIGURE 2.11 INCIDENCE ET PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE ET MORTALITÉ LIÉE À CETTE MALADIE EN CHINE, 2000-2008



Source : références 49, 50.

ment de ce programme. Sur le montant total approuvé de 90,5 millions de dollars US, 54,3 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Cela représentait presque la moitié du budget total du programme national de lutte contre la tuberculose. Le taux de dépistage de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive a augmenté, passant de 26 pour cent en 2000 à 66 pour cent en 2007. En outre, l'efficacité du traitement s'est également améliorée, passant de 81 pour cent à 92 pour cent de ces cas. Au cours de la même période, on a constaté un recul annuel de l'incidence estimée (de 239 à 223 pour 100 000 personnes), de la prévalence (de 500 à 387 pour 100 000 personnes) et de la mortalité (de 58 à 44 pour 100 000 personnes) (10). Le Bangladesh constitue un modèle unique de pays par lequel les ONG soutiennent traditionnellement les programmes nationaux en élargissant les services de proximité et la qualité du traitement DOTS par la participation communautaire.

93. **Chine.** Le Fonds mondial a apporté une contribution majeure aux efforts de lutte contre la tuberculose de la Chine, avec un montant total approuvé de 452,3 millions de dollars US dont 165,6 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009, soit environ 15 pour cent du budget du programme national de lutte contre la tuberculose. En 2007, la Chine avait atteint une couverture du traitement DOTS de 100 pour cent et un taux de dépistage de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive de 80 pour cent (10, 49). L'efficacité du traitement avait atteint 93 pour cent, dépassant la cible internationale fixée à au moins 85 pour cent (10, 50).

94. Le fardeau de la tuberculose en Chine a régulièrement diminué (49,51) (figure 2.11). Entre 2000 et 2008, (i) l'incidence de la tuberculose est passée de 47,4 à 44,2 pour 100 000 personnes, (ii) sa prévalence a diminué de 122 à 87 pour 100 000 et (iii) le taux de mortalité liée à la tuberculose est passé de 9,8 à 5,4 pour 100 000.



UN JEUNE HOMME SE REND AU DISPENSAIRE POUR PRENDRE SON TRAITEMENT QUOTIDIEN CONTRE LA TUBERCULOSE. LA CHINE S'ÉLÈVE AU DEUXIÈME RANG MONDIAL DU NOMBRE LE PLUS ÉLEVÉ DE PATIENTS SOUFFRANT DE LA TUBERCULOSE, MAIS GRÂCE AU SOUTIEN DU FONDS MONDIAL, 80 % DES NOUVEAUX CAS D'INFECTION SONT TRAITÉS.

TABLEAU 2.10 PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES 25 PAYS BÉNÉFICIAIRES DES INVESTISSEMENTS CUMULÉS LES PLUS IMPORTANTS DU FONDS MONDIAL DANS LA LUTTE CONTRE CETTE MALADIE

PAYS	DONNÉES DE BASE – PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE POUR 100 000 PERSONNES EN 2000	RÉSULTATS 2007 – PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE POUR 100 000 PERSONNES	BAISSE SUR LA PÉRIODE 2000–2007, EN POURCENTAGE	CIBLE INTERMÉDIAIRE 2007 – PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE POUR 100 000 PERSONNES	RÉSULTATS 2007 – PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DE LA CIBLE INTERMÉDIAIRE DE TUBERCULOSE POUR 2007	DÉCAISSEMENTS DU FONDS MONDIAL POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN MILLIONS DE DOLLARS US
CHINE	269	194	28	220	152	165,6
FÉDÉRATION DE RUSSIE	164	115	30	104	81	97
INDE	443	283	36	373	>200	91,5
INDONÉSIE	326	244	25	277	168	89,1
AFRIQUE DU SUD	515	692	-34	454	-291	87,2
TANZANIE	391	426	-9	259	-26	70
BANGLADESH	500	387	23	416	134	54,3
PÉROU	210	136	35	204	>200	44,3
PHILIPPINES	600	500	17	506	107	44,3
SOUDAN	375	402	-7	295	-34	42,5
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	592	666	-13	380	-35	35
ÉTHIOPIE	486	579	-19	332	-60	34,9
PAKISTAN	413	223	46	321	>200	33,8
ZAMBIE	658	387	41	453	132	32
NIGÉRIA	489	521	-7	327	-20	31,7
GHANA	368	353	4	321	32	29,9
RWANDA	442	590	-33	280	-91	27,7
THAÏLANDE	223	192	14	197	121	24,1
ROUMANIE	197	128	35	133	107	23,1
MOLDAVIE	215	151	30	139	84	21,8
ZIMBABWE	479	714	-49	351	-183	20,4
SOMALIE	414	352	15	360	115	18,7
TADJIKISTAN	56	33	41	75	>200	16,5
BURKINA FASO	338	403	-19	222	-56	16,2
CAMBODGE	758	664	12	621	69	16,2

Remarque : L'une des principales cibles du Partenariat Halte à la tuberculose consiste à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la prévalence de la tuberculose (non indiquée). C'est ainsi qu'a été fixée la cible pour 2015 (non indiquée). Les cibles 2007 (colonne 5) sont basées sur l'interpolation linéaire des données de base pour l'an 2000 (colonne 2) et de la cible fixée à l'horizon 2015. Le progrès vers la réalisation des cibles intermédiaires 2007 (colonne 6) correspond au rapport entre le pourcentage de la baisse observée (colonne 4) et le pourcentage de la baisse escomptée (de la colonne 5 à la colonne 2). Ainsi, un taux de 100 pour cent signifie que, si l'on part sur une hypothèse de baisse linéaire, un pays est en bonne voie pour réaliser les cibles fixées à l'horizon 2015. Les décaissements concernent toutes les activités liées à la tuberculose.

Source : Les taux de prévalence de la tuberculose pour les années 1990, 2000 et 2007 sont tirés de la référence 10.

95. La tuberculose multirésistante augmente toutefois dans certaines parties de la Chine et devient, par conséquent, un problème majeur.

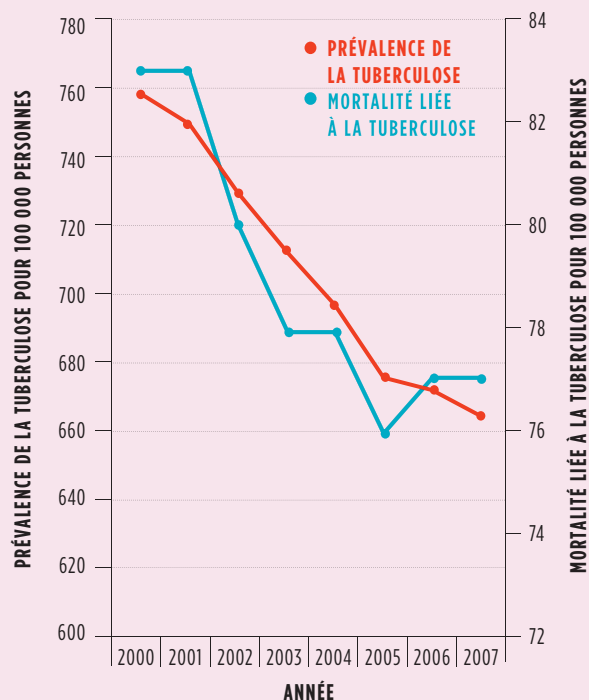
96. **Cambodge.** Le Cambodge, l'un des 22 pays du monde où la charge de la tuberculose est élevée, a intensifié ses efforts de lutte contre la tuberculose avec le soutien du Fonds mondial. Sur le montant total approuvé de 22,8 millions de dollars US alloués aux programmes cambodgiens de lutte contre la tuberculose, 16,2 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Le Cambodge, où la couverture géographique du traitement DOTS est totale, a atteint un taux de dépistage de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive de 61 pour cent et un taux de succès du traitement de 93 pour cent des cas (10). Les taux de mortalité et de prévalence de la tuberculose du pays ont par conséquent baissé depuis 2000 (Figure 2.12).

97. **Viet Nam.** Depuis 2004, le Fonds mondial constitue l'un des plus importants bailleurs de fonds des efforts de lutte contre la tuberculose au Viet Nam. Sur le montant total approuvé de 19,1 millions de dollars US, 10,6 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Le taux de dépistage de cas de tuberculose de 82 pour cent et le taux de succès du traitement de 92 pour cent dépassent les cibles internationales, et les taux de prévalence et de mortalité au Viet Nam ne cessent de baisser (Figure 2.13).

98. **Somalie.** Depuis 2004, malgré la guerre civile qui secoue le pays, le Fonds mondial a réussi à allouer des sommes substantielles aux efforts de lutte contre la tuberculose en Somalie. Le Récipiendaire principal est World Vision Somalie. Sur le montant approuvé de 22,6 millions de dollars US pour soutenir les programmes de lutte contre la tuberculose, 18,7 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Les efforts de lutte contre la tuberculose consentis par le pays ont généré des résultats impressionnants. Le taux de dépistage de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive a atteint les 64 pour cent et le taux d'efficacité du traitement s'élève à 89 pour cent des cas (10). La prévalence de la tuberculose a baissé, passant de 414 pour 100 000 personnes en 2000 à 352 en 2007. Au cours de la même période, on a observé un recul de la mortalité liée à la tuberculose de 67 à 55 pour 100 000 personnes.

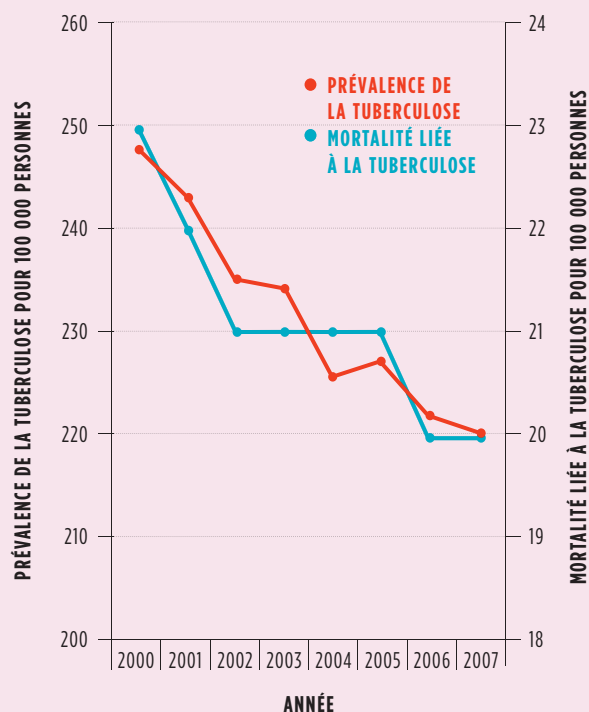
99. **Philippines.** Le Fonds mondial a apporté son soutien au programme philippin de lutte contre la tuberculose, en vue de l'extension du traitement DOTS et du traitement de la tuberculose multirésistante ainsi que de la co-infection tuberculose/VIH. Sur le montant approuvé de 123,5 millions de dollars US, 44,3 millions avaient été décaissés à la fin de l'année 2009. Le pays a obtenu des résultats encourageants. Entre 2000 et 2007, l'incidence de la tuberculose a baissé de 329 à 290 pour 100 000 personnes. Au cours de la même période, les estimations de la prévalence de la tuberculose (sous toutes ses formes) ont également été revues à la baisse, passant de 600 à 500 pour 100 000 personnes (10).

FIGURE 2.12 TENDANCES RELATIVES À LA PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE ET À LA MORTALITÉ LIÉE À CETTE MALADIE, CAMBODGE, 2000–2007



Source : référence 10.

FIGURE 2.13 TENDANCES RELATIVES À LA PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE ET À LA MORTALITÉ LIÉE À CETTE MALADIE, VIET NAM, 2000–2007



Source : référence 10.

2.4.4 PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES CIBLES LIÉES AU PALUDISME : EXEMPLES DE PAYS

100. Dans les pays où le paludisme est endémique, la maladie est responsable d'une grande part de la mortalité infantile. Parmi les 25 pays d'Afrique subsaharienne bénéficiant des investissements de lutte contre le paludisme les plus importants du Fonds mondial, le Malawi et le Rwanda ont réalisé des progrès considérables vers la réduction de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à l'horizon 2015. La mortalité infantile a reculé dans 20 autres pays, l'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique et le Niger enregistrant des progrès significatifs vers la réalisation de la cible fixée. En revanche, les taux de mortalité infantile n'ont pas

diminué au Kenya, en République démocratique du Congo ni en Somalie (Tableau 2.11).

101. Le Fonds mondial reste le principal bailleur de fonds international de l'intensification rapide des activités de lutte antivectorielle du paludisme, notamment la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et les interventions de pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Les financements consentis ont également joué un rôle majeur dans l'introduction et l'intensification des ACT en tant que traitement anti-paludéen de première ligne, dans de nombreux pays où la résistance aux autres traitements est élevée. En Afrique, le Swaziland et certains états et territoires insulaires aspirent désormais à entrer dans la phase de pré-élimination du paludisme. Le Fonds mondial engage

TABLEAU 2.11 MORTALITÉ INFANTILE DANS LES 25 PAYS BÉNÉFICIANT DES INVESTISSEMENTS CUMULÉS LES PLUS IMPORTANTS DU FONDS MONDIAL DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

PAYS	DONNÉES DE BASE – MORTALITÉ INFANTILE POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES EN 2000	RÉSULTAT 2008 – MORTALITÉ INFANTILE POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES	BAISSE SUR LA PÉRIODE 2000–2008, EN POURCENTAGE	CIBLE INTERMÉDIAIRE 2008 – MORTALITÉ INFANTILE POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES	RÉSULTAT 2008 – MORTALITÉ INFANTILE, EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DE LA CIBLE INTERMÉDIAIRE DE MORTALITÉ INFANTILE POUR 2008	DÉCAISSEMENTS DU FONDS MONDIAL POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (EN MILLIONS DE DOLLARS US, DÉCEMBRE 2009)
NIGÉRIA	207	186	10	137	30	296,47
ÉTHIOPIE	148	109	26	106	93	250,1
TANZANIE	139	104	25	92	75	186,9
OUGANDA	158	135	15	106	45	121,1
RÉPUBLIQUE DÉMO-CRATIQUE DU CONGO	199	199	0	128	0	120,8
RWANDA	186	112	40	117	108	107,5
KENYA	128	128	0	78	0	107,2
SOUDAN	115	109	5	75	15	100,3
MADAGASCAR	132	106	20	91	63	76,1
GHANA	111	76	32	73	91	74,8
ZAMBIE	169	148	12	109	35	70,5
ANGOLA	239	220	8	157	23	50,8
NIGER	227	167	26	160	89	50,4
ZIMBABWE	102	96	6	62	15	48,3
SÉNÉGAL	131	108	18	87	53	42,3
CAMEROUN	147	131	11	95	31	36,4
MOZAMBIQUE	183	130	29	129	99	36,6
BURUNDI	178	168	6	116	16	33,6
MALAWI	162	100	38	115	132	36,6
BURKINA FASO	188	169	10	123	29	29,2
GAMBIE	131	106	19	88	58	26,2
SOMALIE	200	200	0	129	0	25,1
TOGO	122	98	20	83	62	21,8
LIBÉRIA	174	145	17	120	53	21,4
CÔTE D'IVOIRE	138	114	17	91	51	20,5

Remarque : la cible de l'OMD 4 vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les cibles 2008 (colonne 5) sont basées sur l'interpolation linéaire des données de base pour l'an 2000 (colonne 2) et de la cible fixée à l'horizon 2015. Le progrès vers la réalisation des cibles intermédiaires 2008 (colonne 6) correspond au rapport entre le pourcentage de la baisse observée (colonne 4) et le pourcentage de la baisse escomptée. Ainsi, un taux de 100 pour cent signifie que, si l'on part d'une hypothèse de baisse linéaire, un pays est en bonne voie pour réaliser les cibles fixées à l'horizon 2015. Le total des décaissements inclut toutes les activités liées au paludisme.

Source : les données de base pour 1990, 2000 et les résultats 2008 sont tirés de la référence 32.

également des ressources visant à éradiquer le paludisme en dehors de l'Afrique. Sur les dix pays dans lesquels des programmes d'éradication du paludisme sont en cours, cinq ont bénéficié d'investissements du Fonds mondial pour la lutte contre cette maladie pour un montant total de 19 millions de dollars US : l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan. Au Sri Lanka, 16 millions de dollars US ont été décaissés et le pays est désormais entré dans la phase de pré-élimination du paludisme. Un nombre croissant de programmes de lutte contre le paludisme soutenus par le Fonds mondial enregistrent un recul des taux de morbidité et de mortalité liés à cette maladie.

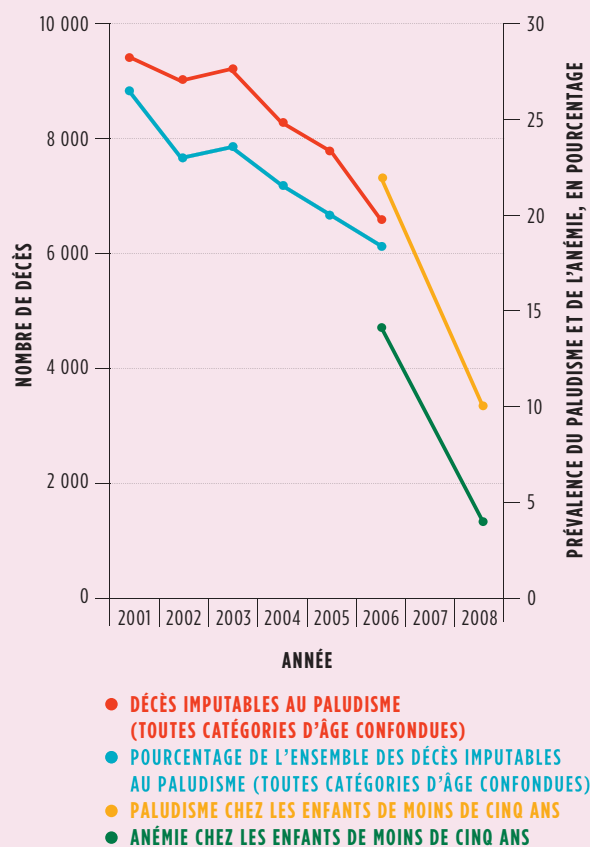
102. **Zambie.** Les efforts de lutte contre le paludisme en Zambie ont été largement soutenus par le Fonds mondial, en vue d'élargir la couverture des interventions de lutte contre les causes du paludisme et d'améliorer la gestion des cas. Sur un montant total approuvé de 99,7 millions de dollars US, 70,5 millions de dollars US avaient été décaissés fin 2009. Les résultats obtenus en Zambie sont entre autres les suivants :

- l'adoption des ACT en tant que traitement de première ligne en 2003 et leur disponibilité à l'échelon national en 2004 ;
- la distribution de 5,6 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide entre 2003 et fin 2009. En 2008, 62 pour cent des foyers zambiens disposaient d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide, contre 38 pour cent en 2006. Dans les foyers disposant d'au moins une moustiquaire, 61 pour cent des enfants de moins de cinq ans et 50 pour cent des femmes enceintes dormaient sous une moustiquaire (52) ;
- la multiplication par 10 environ du nombre de pulvérisations à effet rémanent dans les d'habitations, entre 2003 et 2008 (52) ;
- la baisse de la prévalence de l'anémie chez l'enfant, passée de 14 pour cent en 2006 à 4 pour cent en 2008 (52) ; et
- le recul de 61 pour cent du nombre de patients hospitalisés atteints du paludisme entre 2001 et 2008, et la chute de 66 pour cent du nombre de décès dus au paludisme sur cette même période. La baisse enregistrée s'est élevée à 30 pour cent pour la période 2003-2006 contre 2 pour cent pour la période 2001-2003 (53).

103. Les tendances relatives à la prévalence du paludisme et de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans, issues de deux enquêtes populationnelles, et les tendances concernant la mortalité due au paludisme d'après les données fournies par les établissements de soins en Zambie sont décrites dans la Figure 2.14.

104. **Sao Tomé-et-Principe.** Sao Tomé-et-Principe, deux petites îles africaines, sont parvenues à faire reculer le fardeau du paludisme et à entrer dans la phase de pré-élimination. Le Fonds mondial continue à soutenir les efforts engagés à Sao Tomé-et-Principe, le montant total des subventions approuvées s'élevant à 7,6 millions de dollars US et les décaissements à 4,8 millions de dollars US fin 2009. Les résultats et effets positifs enregistrés dans ces îles sont les suivants :

FIGURE 2.14 TENDANCES ANNUELLES DE LA PRÉVALENCE DE L'INFECTION PAR LE PALUDISME, DES DÉCÈS IMPUTABLES AU PALUDISME ET DE LA PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE EN ZAMBIE POUR LA PÉRIODE 2001-2007



Source : références 52, 53.

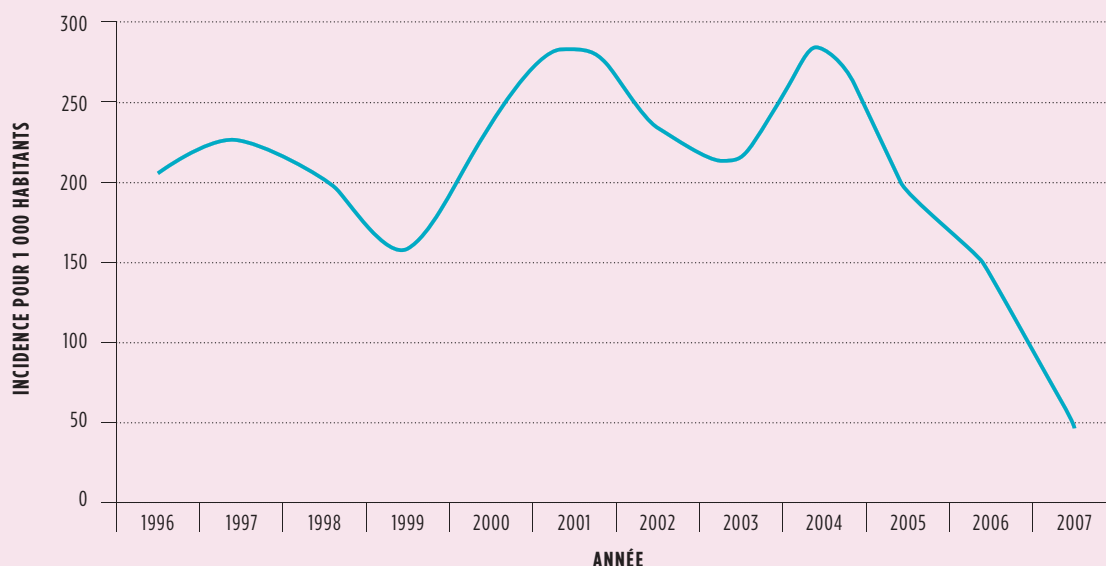
- l'introduction des ACT en tant que traitement antipaludéen de première ligne en 2003 (54) ;
- large part de la population couverte par les pulvérisations à effet rémanent dans les habitations (entre 70 et 80 pour cent en 2007) (54) ;
- la réalisation de la cible fixée en matière de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, 78,3 pour cent des foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée en 2007 ;
- l'augmentation du pourcentage d'enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, passé de 1 pour cent en 1996 à 40 pour cent en 2004 et 57,9 pour cent en 2005, et
- la réduction de 98 pour cent de la mortalité due au paludisme (de 116 pour 100 000 habitants en 2004 à 2 pour 100 000 habitants en 2007) et le recul de 95 pour cent de l'incidence du paludisme (de 465 pour 100 000 habitants en 2004 à 22 pour 100 000 habitants en 2007) (55).

105. **Namibie.** La Namibie est l'un des rares pays d'Afrique australe à être sur le point d'entrer dans la phase de pré-élimination du paludisme (56). Sur un montant approuvé de 22,7 millions de dollars US pour les programmes de lutte contre le paludisme, 14,7 millions de dollars US avaient été décaissés fin 2009. Grâce aux contributions du Fonds mondial, le programme national de lutte contre le paludisme a généré les résultats suivants :



AU NIGER, LE NOMBRE DE DÉCÈS DUS AU PALUDISME A ÉTÉ RÉDUIT DE MOITIÉ APRÈS LA DISTRIBUTION MASSIVE DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE. LE FONDS MONDIAL A FINANCÉ LA DISTRIBUTION GRATUITE DE PLUS DE 2 MILLIONS DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE.

FIGURE 2.15 TENDANCES ANNUELLES DE L'INCIDENCE DU PALUDISME EN NAMIBIE POUR LA PÉRIODE 1996-2007



Source : références 56, 57.

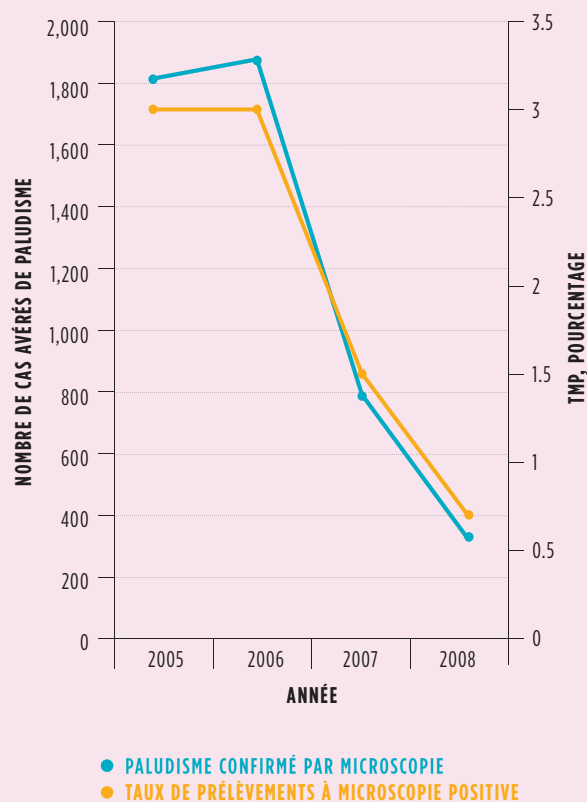
- la couverture de 52 pour cent de la population par les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations en 2008 ;
- la distribution de près de 600 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée sur la période 2005-2008 et de 151 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée supplémentaires en 2009 ;
- l'introduction des ACT en tant que traitement antipaludéen de première ligne en 2005 ;
- un net recul de l'incidence du paludisme (Figure 2.15) et de la mortalité liée à cette maladie ces dernières années (56, 57).

106. **Rwanda** En 2006, le Ministère rwandais de la Santé a lancé une extension massive des traitements ACT et de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée. Sur un montant approuvé de 131,1 millions de dollars US de subventions pour la lutte contre le paludisme, le Fonds mondial avait décaissé 107,5 millions de dollars US fin 2009. L'intensification massive des interventions de lutte contre le paludisme a conduit à une baisse rapide du nombre de cas de paludisme et a libéré des ressources permettant au système de santé de gérer d'autres problèmes de santé. Les données fournies par des établissements de soins sélectionnés montrent que le nombre de patients hospitalisés atteints de paludisme en 2007 a reculé de 56 pour cent par rapport à la moyenne annuelle pour la période 2001-2006. Parallèlement, le nombre d'hospitalisations de patients ne souffrant pas de paludisme a augmenté de 59 pour cent en 2007, dans la mesure où le nombre de lits libérés a permis de traiter d'autres maladies (58).

107. **Bhoutan** Au Bhoutan, les efforts de lutte contre le paludisme ont été soutenus par des investissements du Fonds mondial, avec 3,8 millions de dollars US approuvés, sur lesquels 3,1 millions de dollars US avaient été décaissés fin 2009. Cela a permis au pays d'atteindre des niveaux de couverture élevés, bien que la mise en œuvre des interventions dans certaines zones rurales

reculées et difficiles d'accès reste problématique (59). Fin 2009, 110 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide avaient été distribuées grâce aux fonds consentis par le Fonds mondial, et la pulvérisation à effet rémanent avait été réalisée dans 83 000 habitations. L'incidence des cas probables et avérés de paludisme a chuté entre 2005 et 2008 (Figure 2.16). La morbidité et la mortalité liées au paludisme ont également reculé respectivement de 20 et 28 pour cent (60).

FIGURE 2.16 TENDANCES DE L'INCIDENCE DU PALUDISME AU BHOUTAN SUR LA PÉRIODE 2005-2008



Source : référence 60.

ENCADRÉ 2.3 MÉTHODOLOGIE DE NOTATION DE LA PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DE PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE DÉCAISSEMENTS

Le Fonds mondial prend des décisions sur la base des résultats afin de s'assurer que les investissements sont engagés dans les secteurs où un impact en matière d'allègement du fardeau du VIH, de la tuberculose et du paludisme est possible. Conformément à son modèle de financement axé sur les résultats, le Secrétariat du Fonds mondial évalue régulièrement la performance des subventions accordées, et décide des prochains décaissements en fonction de cette évaluation.

En 2008, le Fonds mondial a adopté une nouvelle méthodologie de notation de la performance des subventions et de prise de décisions de décaissement servant un double objectif : 1) garantir une évaluation plus cohérente des résultats des subventions ; et 2) renforcer le lien entre résultats de la subvention et décisions de décaissement. Cette méthodologie comprend deux étapes majeures :

1. L'attribution d'une note de performance. Celle-ci repose sur : 1) le progrès global vers la réalisation des cibles assorties de délais par rapport aux principaux indicateurs de performance ; et 2) l'évaluation des résultats en matière de gestion (notamment dans les domaines du suivi et de l'évaluation, de la gestion et des systèmes financiers, de la gestion des produits de santé et médicaments, et de la gestion des programmes). Les résultats programmatiques constituent le premier facteur déterminant la note de performance attribuée à la subvention ; mais cette note initiale basée sur les résultats programmatiques peut être baissée lorsqu'il y a des problèmes majeurs de gestion (tels qu'une mauvaise qualité des données fournies, des retards en matière d'approvisionnement et des dépenses irrecevables).

A1	A2	B1	B2	C
RÉSULTATS DÉPASSANT LES ATTENTES	RÉSULTATS SATISFAISANT LES ATTENTES	RÉSULTATS PASSABLES	RÉSULTATS INSATISFAISANTS MAIS MONTRANT UN POTENTIEL	RÉSULTATS INACCEPTABLES
>100%	100–90%	60–89%	30–59%	<30%

Au moment du renouvellement d'une subvention, la note de performance peut être augmentée si l'impact du programme vers la réalisation des objectifs est avéré par des preuves documentées. L'impact est strictement défini comme générant un changement dans l'incidence, la prévalence et la mortalité.

2. La décision du montant du décaissement. À chaque catégorie de note de performance (A1, A2, B1, B2, C) correspond une fourchette indicative de décaissement, calculée pour garantir le lien entre les résultats obtenus et les fonds décaissés par le Fonds mondial. Ces fourchettes de décaissement ne sont toutefois qu'indicatives et servent de « point de départ » à la décision de décaissement. En définitive, le montant final du décaissement est basé sur : 1) la performance globale des programmes financés par la subvention ; 2) les facteurs contextuels (force majeure, problèmes politiques et civils, etc.) ; 3) les besoins de budget réels en fonction de la capacité de dépense ; et 4) les actions nécessaires pour corriger les points faibles identifiés en matière de capacité de gestion.

2.5 CONSÉQUENCES DU FINANCEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS

108. Les résultats des programmes du Fonds mondial sont mesurés par rapport aux cibles fixées par le pays, ambitieuses mais réalistes, au regard du contexte national. Une évaluation de la performance est réalisée au moment de chaque décaissement et une évaluation plus complète des réalisations et de l'impact est conduite lors de la deuxième année de subvention. L'approche de financement axé sur les résultats s'inscrit dans la volonté du Fonds mondial d'appliquer le principe de « gestion axée sur les résultats » à tous ses financements, principe que les donateurs et les pays considèrent comme essentiel à l'amélioration de l'efficacité de l'aide.

109. Cette section évalue les données liées au financement en fonction des résultats dans trois domaines : la performance globale des programmes (Section 2.5.1) ; les enseignements tirés des résultats des programmes (Section 2.5.2) ; et les contributions à la rentabilité (Section 2.5.3).

2.5.1 PERFORMANCE GLOBALE DES PROGRAMMES

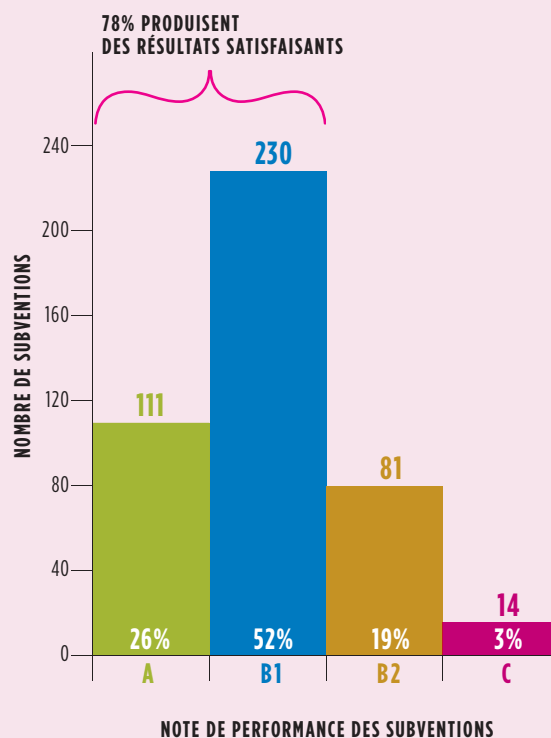
110. En 2009, 436 subventions avaient fait l'objet d'une évaluation en vue de la reconduction de la subvention lors de la deuxième année de mise en œuvre. Dans l'ensemble, 78 pour cent des programmes ont produit des résultats satisfaisants (et ont été classés dans la catégorie A ou B1, voir Encadré 2.3 pour une description de la méthodologie de notation des performances), 19 pour cent n'ont pas généré de résultats satisfaisants, mais font preuve de potentiel et nécessitent de fermes actions correctives, 3 pour cent des programmes affichent des résultats inacceptables et ont été classés dans la catégorie C (Figure 2.17).

111. Tendances des résultats des subventions. Au fil des ans, le nombre de subventions classées dans les catégories A ou B1 (« résultats satisfaisants ») a augmenté, tandis que le nombre de subventions notées B2 ou C reculait (Figure 2.18).

112. Résultats par rapport aux principales cibles programmatiques. Les résultats obtenus par rapport aux cibles fixées pour les dix principaux domaines programmatiques du Fonds mondial montrent que, en moyenne, les programmes de lutte contre le VIH affichent de bons résultats par rapport aux cibles fixées pour les quatre domaines programmatiques liés à cette infection, à savoir le nombre de personnes actuellement sous traitement ARV (99 pour cent de la cible atteinte), les conseils et les tests de dépistage pour le VIH (122 pour cent de la cible atteinte), la PTME (84 pour cent de la cible atteinte) et le soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables (140 pour cent de la cible atteinte). Les programmes de lutte contre la tuberculose enregistrent également de bons résultats, la couverture et le traitement DOTS atteignant 101 pour cent de la cible fixée, et le traitement contre la tuberculose multirésistante couvrant 84 pour cent de la cible. En revanche, les résultats des programmes de lutte contre le paludisme se sont avérés moins satisfaisants. Si les programmes ont atteint 83 pour cent de la cible de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, ils n'ont atteint que 61 pour cent de la cible du traitement antipaludéen.

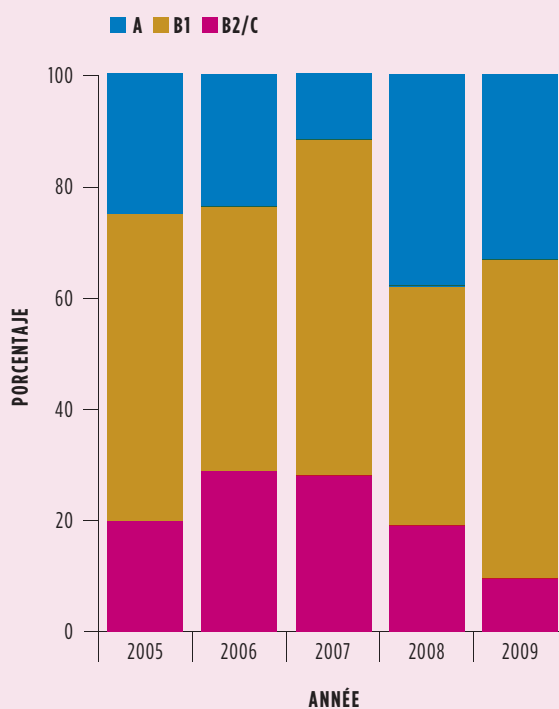
113. Actuellement, le Fonds mondial prête une attention particulière à l'amélioration des résultats des programmes de lutte contre le paludisme et des programmes de PTME. En collaboration avec plusieurs partenaires, il s'emploie à intensifier les services de PTME (voir Section 2.7 pour obtenir de plus amples informations). En ce qui concerne les programmes de lutte contre le paludisme, le Fonds mondial accueille l'initiative « Médicaments abordables contre le paludisme » (AMFm – voir Section 4.4 pour obtenir de plus amples informations) et, en collaboration avec ses partenaires, déploie d'autres initiatives visant à élargir l'accès au traitement antipaludéen, notamment l'amélioration des capacités de diagnostic et la mise en œuvre de stratégies de gestion à domicile de la fièvre, dans les pays où la maladie est endémique (61).

FIGURE 2.17 RÉPARTITION CUMULÉE DES RÉSULTATS DES PROGRAMMES SUR LA PÉRIODE 2005–2009



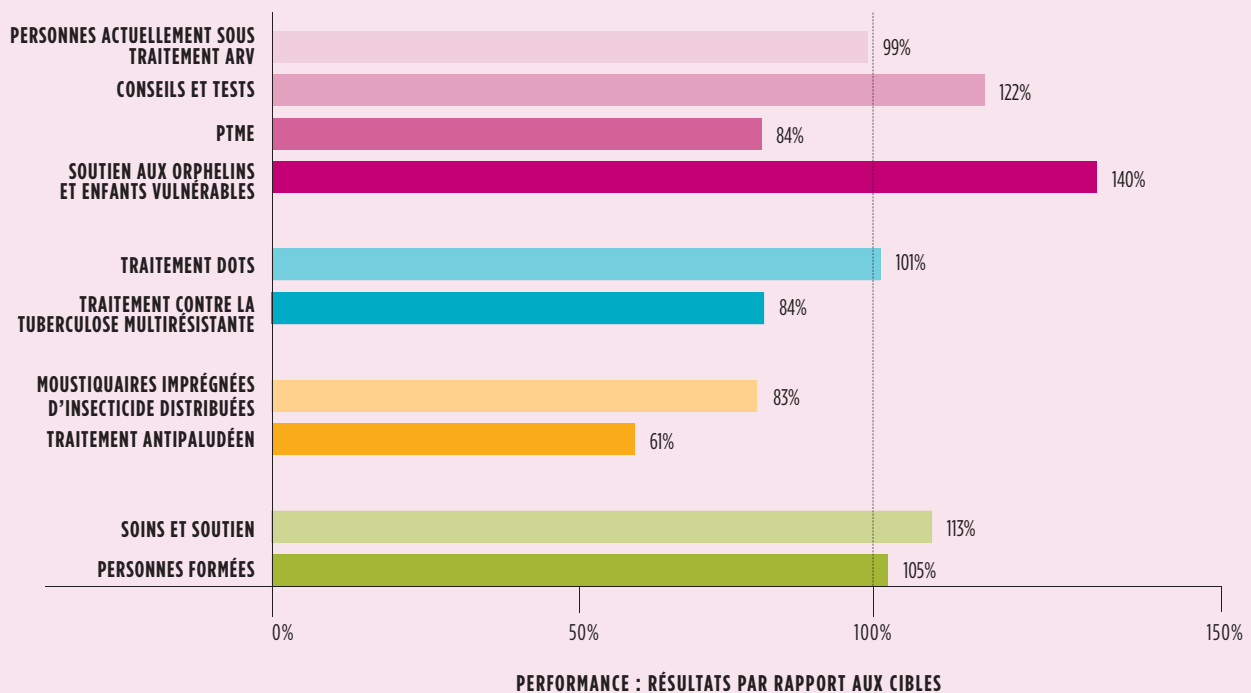
Source : fiches de résultats des subventions évaluées en Phase 2 entre 2005 et décembre 2009, www.theglobalfund.org.

FIGURE 2.18 NOTES DE PERFORMANCE DES SUBVENTIONS LORS DE L'ÉVALUATION POUR LA PHASE 2, PAR AN, 2005–2009



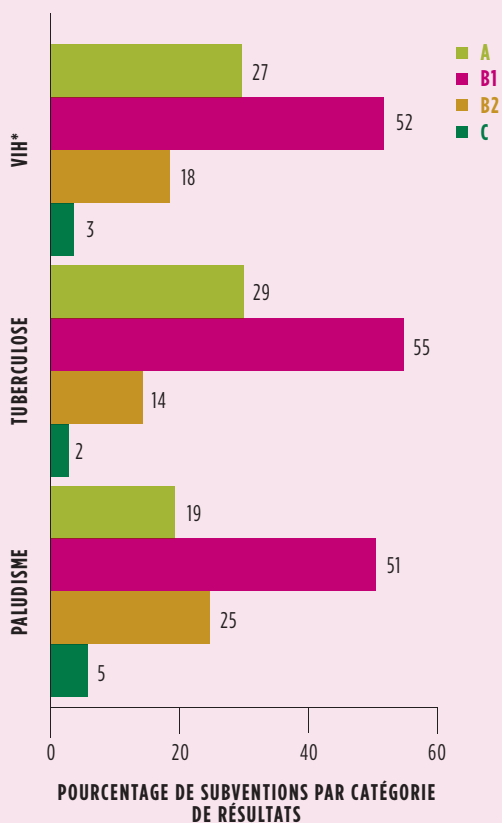
Source : fiches de résultats, www.theglobalfund.org.

FIGURE 2.19 RÉALISATIONS PAR RAPPORT AUX CIBLES FIXÉES DANS LES DIX PRINCIPAUX DOMAINES PROGRAMMATIQUES, POUR TOUTES LES ÉVALUATIONS DE SUBVENTIONS POUR LA PHASE 2, SUR LA PÉRIODE 2005–2009



Source : fiches de résultats, www.theglobalfund.org.

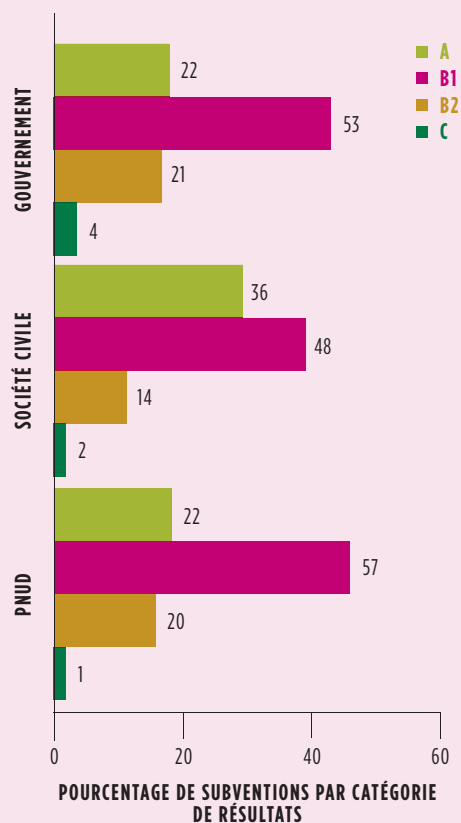
FIGURE 2.20 RÉSULTATS DES SUBVENTIONS PAR MALADIE, CUMULÉS FIN 2009



Remarque : VIH* inclut la co-infection VIH-tuberculose, les approches intégrées et les composantes pour le renforcement des systèmes de santé dans le cadre de la Série 5.

Source : fiches de résultats, www.theglobalfund.org.

FIGURE 2.21 RÉSULTATS DES SUBVENTIONS PAR TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL, CUMULÉS FIN 2009



Source : fiches de résultats, www.theglobalfund.org.

2.5.2 TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES RÉSULTATS DES SUBVENTIONS : LES TENDANCES PAR MALADIE, PAR AGENT D'EXÉCUTION ET PAR RÉGION

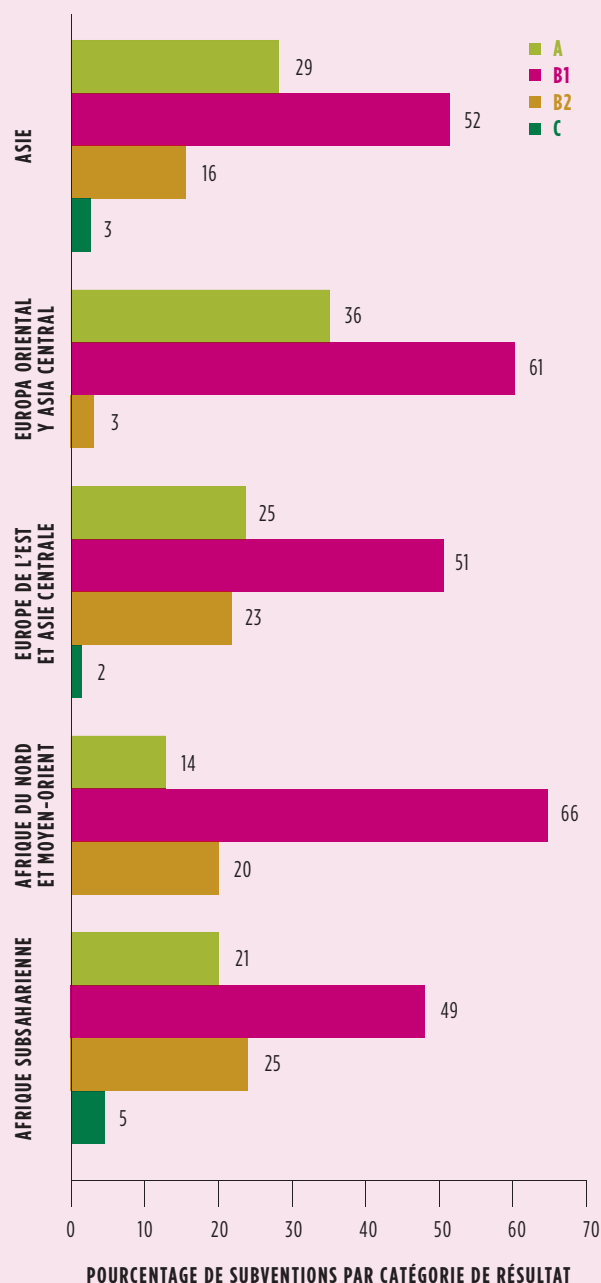
114. Le Fonds mondial s'efforce de tirer des enseignements des tendances observées dans les résultats programmatiques par maladie, par Récipiendaires principal et par région, et surveille de près l'évolution de la situation pour s'assurer que le financement en fonction des résultats ne pénalise pas les pays pauvres ni les pays dont les systèmes de santé sont plus faibles.

115. Résultats par maladie. Les subventions allouées aux programmes de lutte contre la tuberculose affichent des résultats légèrement meilleurs (84 pour cent sont classifiées dans les catégories A ou B1) que celles allouées aux programmes de lutte contre le VIH et le paludisme (respectivement 79 et 70 pour cent) (Figure 2.20). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les programmes liés à la tuberculose s'appuient souvent sur les stratégies nationales existantes qui, dans de nombreux pays, sont en place depuis plus de 20 ans. Ils bénéficient en outre d'une approche partenariale coordonnée de l'assistance technique à la lutte contre la tuberculose. Le Partenariat Halte à la tuberculose, au sein de l'OMS, offre un éventail complet d'initiatives de soutien technique aux programmes, les rôles des différents partenaires étant clairement définis et coordonnés dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre la tuberculose.

116. Résultats par agent d'exécution En moyenne, 84 pour cent des subventions gérées par des organisations de la société civile sont classifiées dans les catégories A ou B1, ce qui témoigne de la capacité de ces organisations à fournir des services, notamment aux populations vulnérables et à risque. Soixante-quinze pour cent des subventions gérées par des Récipiendaires principaux gouvernementaux et 79 pour cent de celles gérées par le PNUD sont classifiées dans les catégories A ou B1 (Figure 2.21). Il convient de souligner que, en règle générale, le PNUD met en œuvre les subventions dans les situations difficiles et les états fragiles où les capacités locales font défaut.

117. Résultats par région La majorité des programmes mis en œuvre en Afrique subsaharienne affichent de bons résultats, 70 pour cent des subventions étant classifiées dans les catégories A ou B1. Toutefois, 85 pour cent des programmes des autres régions sont classifiés dans les catégories A ou B1, et la proportion de programmes affichant des résultats insatisfaisants classifiés dans les catégories B2 ou C, soit 30 pour cent en Afrique subsaharienne, est supérieure à celle enregistrée dans toutes les autres régions (Figure 2.22). Le Secrétariat du Fonds mondial recherche actuellement les causes de ces différences afin d'en tirer les enseignements pour la mise en place de mesures pour renforcer le soutien aux pays dont les subventions affichent des résultats faibles.

FIGURE 2.22 RÉSULTATS DES SUBVENTIONS PAR RÉGION, CUMULÉS FIN 2009



Source : fiches de résultats, www.theglobalfund.org.

TABEAU 2.12 RÉAFFECTATION DES FONDS LORS DE LA PHASE 2, PAR NOTE DE PERFORMANCE DES SUBVENTIONS, 2005–2009

NOTE DE PERFORMANCE DES SUBVENTIONS	MONTANT INITIAL POUR LA PHASE 2 (EN MILLIONS DE DOLLARS US)	POURCENTAGE DE DÉCISIONS DE « REJET »	RÉDUCTION DES FONDS ALLOUÉS POUR LA PHASE 2 (EN MILLIONS DE DOLLARS US ¹)	POURCENTAGE DU FINANCEMENT RÉAFFECTÉ À D'AUTRES SUBVENTIONS
A	1 644	0	135	8,2
B1	3 916	0	377	9,6
B2	1 327	5,0	361	27,2
C	108	59,1	82	76,1
TOTAL	6 996	1,9	956	13,7

Réductions dues à l'amélioration des résultats et de l'efficacité ainsi qu'aux demandes rejetées.

Remarque: ¹ Les chiffres ont été arrondis.

118. Résultats dans les états fragiles. D'après la Banque mondiale, les 48 états fragiles que compte la planète (62) totalisent une population d'environ un milliard d'habitants. Fin 2009, le Fonds mondial avait engagé 5,9 milliards de dollars US (41 pour cent de son portefeuille total) et décaissé 4 milliards de dollars US pour les programmes mis en œuvre dans les états fragiles. Ces programmes ont permis à 883 000 personnes d'accéder au traitement ARV, de dépister et traiter 1,9 millions de cas de tuberculose à microscopie positive au moyen du traitement DOTS, et de distribuer 60 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cela représente entre 31 et 58 pour cent de l'ensemble des résultats du Fonds mondial, ce qui est globalement conforme à l'engagement financier.

119. Les subventions accordées aux états fragiles produisent des résultats légèrement inférieurs à ceux des subventions allouées à d'autres pays – 73 pour cent des subventions sont classifiées dans les catégories A ou B1 dans ces états, contre 82 pour cent dans les autres pays.

120. Tirer les enseignements des résultats faibles. Les pays dont les subventions ont produit des résultats faibles ont généralement réagi rapidement pour remédier aux problèmes ayant généré ces résultats. Presque tous les programmes nationaux dont la subvention a été « Rejetée », à quelques exceptions près, ont affiché des améliorations significatives et de nouveaux accords de subventions ont été signés depuis, produisant de meilleurs résultats.

121. Dans de nombreux systèmes de financement pour le développement, des problèmes peuvent être dissimulés et les décisions délicates à prendre peuvent être ajournées pendant des années, empêchant tout redressement de la situation jusqu'à l'échec total. Le système de financement en fonction des résultats adopté par le Fonds mondial permet d'identifier les problèmes et de les traiter rapidement, de façon transparente et constructive.

2.5.3 CONTRIBUTION DU FINANCEMENT EN FONCTION DES RÉSULTATS À LA RENTABILITÉ

122. Meilleure rentabilité grâce aux évaluations visant à la Phase 2. Chaque subvention est initialement accordée pour une période de deux ans, appelée Phase 1 de la subvention. L'Instance de coordination nationale (CCM) demande ensuite la reconduction du financement au-delà de cette période, et le Conseil d'administration du Fonds mondial approuve cette reconduction du financement pour la Phase 2, sur la base d'une évaluation détaillée des résultats par rapport aux cibles fixées et de la disponibilité des fonds. Les évaluations pour la Phase 2 permettent aussi d'identifier les fonds non dépensés et d'économiser sur les subventions qui ont produit des résultats insuffisants les deux premières années de mise en œuvre. Cela permet ensuite d'obtenir plus d'efficacité les années suivantes, et de réaffecter les fonds non utilisés à d'autres programmes. Grâce à ce processus, plus de 950 millions de dollars US ont été réaffectés entre 2005 et décembre 2009 (Tableau 2.12) à de nouveaux programmes et à des services supplémentaires pour les personnes qui en ont besoin.

2.6 GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES

« Le Fonds mondial a permis une prise de conscience et une meilleure visibilité du VIH et la sensibilisation des populations les plus vulnérables à l'épidémie. Mais, avant tout, il a aidé à faire tomber certains préjugés. »

- MARIELA CASTRO,
PRÉSIDENTE DU CENTRE NATIONAL
D'ÉDUCATION SEXUELLE,
CUBA

123. L'égalité (voir Encadré 2.4) est un aspect fondamental de la mission du Fonds mondial destinée à sauver des vies. Le Fonds mondial soutient un large éventail d'initiatives pour parvenir à l'égalité d'accès aux services de santé, et améliorer les résultats sanitaires lorsque des inégalités persistent. Ces initiatives, décrites plus en détails dans cette section, sont notamment les suivantes :

- la promotion de l'équité dans les financements, en établissant un lien entre les critères de recevabilité d'un pays, le fardeau des maladies et le niveau de revenu (voir Section 2.6.1) ;
- l'intensification de la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme en vue de parvenir à un accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins pour tous, indépendamment du statut économique, social et migratoire, ou de la situation géographique (voir Section 2.6.2) ;
- la mise en œuvre de stratégies spécifiques pour répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables ou exposées au risque le plus élevé de contracter une ou plusieurs de ces maladies, notamment les femmes et les jeunes filles, les minorités sexuelles, les travailleurs/travailleuses du sexe, les personnes qui font usage de drogues par injection et les autres groupes de population pour lesquels les taux de prévalence ou d'incidence des maladies sont élevés (voir Section 2.6.3) ;
- le soutien aux interventions des systèmes de santé visant à améliorer l'accès aux services, grâce aux investissements du Fonds mondial dans les ressources humaines, les infrastructures et les mécanismes de partage des risques, afin d'élargir l'accès aux services de traitement du VIH et aux services de soins primaires (voir Section 2.6.4) ; et
- le renforcement des systèmes communautaires pour mobiliser les communautés et faire en sorte que les populations traditionnellement marginalisées ou ignorées par les prestataires de services aient accès aux services (voir Section 2.6.5).

ENCADRÉ 2.4 INÉGALITÉS DES FARDEAUX DES MALADIES

L'impact du VIH, de la tuberculose et du paludisme touche souvent plus gravement les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées.

L'Afrique supporte le plus lourd fardeau des maladies, et on estime qu'elle supporterait 80 pour cent de la charge mondiale du VIH et 91 pour cent de la charge de paludisme (17). Les trois épidémies se concentrent également dans des états fragiles et en situation de conflits, où la mortalité liée au paludisme est près de 13 fois supérieure, et la prévalence du VIH quatre fois plus élevée que dans les autres pays en développement (63). En Afrique subsaharienne, le VIH, la tuberculose et le paludisme touchent la population active de façon disproportionnée et ces maladies sont responsables de 40 pour cent des décès chez les femmes en âge de procréer (24). Le VIH/sida est un facteur qui complique les grossesses et une cause majeure de mortalité maternelle en Afrique (25). Le paludisme et le VIH sont responsables d'environ 21 pour cent des décès infantiles en Afrique subsaharienne, région qui enregistre à elle seule 45 pour cent de la mortalité infantile dans le monde (17).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuel(le)s, les travailleurs/travailleuses du sexe et les personnes qui font usage de drogues par injection sont exposés à un risque disproportionnellement élevé d'infection par le VIH partout dans le monde. La stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des comportements à risque entravent d'autant plus les ripostes efficaces au VIH pour ces groupes dans de nombreux milieux.

Le VIH, la tuberculose et le paludisme font peser un lourd fardeau sur les systèmes de santé des pays à revenu faible où se concentrent les maladies. Dans les pays les plus pauvres, le VIH est à l'origine de près de la moitié des hospitalisations (64) et le paludisme d'environ une consultation ambulatoire sur deux (65).

Dans de nombreux pays d'Afrique, le VIH est également une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les professionnels de santé, ce qui fait peser une double charge sur les systèmes de santé déjà faibles (66-68). Dans six pays africains (Malawi, Zimbabwe, Mozambique, Zambie, Lesotho et République centrafricaine) connaissant une crise chez les professionnels de santé, les taux de prévalence du VIH dépasseraient les 10 pour cent chez l'adulte (69).

2.6.1 ÉQUITÉ DU FINANCEMENT ENTRE PAYS ET RÉGIONS

124. Les critères de recevabilité des subventions du Fonds mondial accordent une importance majeure à deux facteurs : 1) le fardeau du VIH, de la tuberculose et du paludisme supporté par le pays ; et 2) le niveau de revenu du pays tel que mesuré par le produit national brut par habitant.

125. Une analyse des propositions approuvées par le Fonds mondial à ce jour montre que la part des investissements engagés dans chaque région est proportionnelle à la part du fardeau du VIH, de la tuberculose et du paludisme supportée par cette région (voir Figure 2.23).



A CUBA, UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DANS UNE ZONE À FORTE PRÉVALENCE DU VIH EST MIS EN ŒUVRE POUR LES HABITUÉS DES SALONS DE COIFFURE, OÙ LE PERSONNEL A ÉTÉ FORMÉ À DIFFUSER DISCRÈTEMENT DES PRÉSERVATIFS ET DES INFORMATIONS SUR LES IST.

2.6.2 GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL

126. L'un des moyens de garantir l'égalité d'accès aux services nécessaires est de les rendre accessibles à ceux qui en ont besoin. L'accès universel requiert la mise en place de programmes accessibles à tous, notamment aux populations rurales et les plus démunies, aux prisonniers et détenus en attente de procès, et aux autres groupes vulnérables et marginalisés. Les investissements du Fonds mondial soutiennent les interventions destinées à ces groupes de population, et notamment la fourniture de services et de produits gratuits ou fortement subventionnés.

127. La distribution de traitements gratuits et subventionnés a eu des effets notables au Rwanda, en Zambie et en Tanzanie, où les écarts en matière de dépenses de santé à la charge du patient entre la population générale et les personnes vivant avec le VIH se sont considérablement réduits entre 2002 et 2006. En Zambie, les dépenses de santé à la charge du patient pour les personnes vivant avec le VIH étaient près de cinq fois supérieures à celles de la population générale en 2002, et n'étaient que de 23 pour cent en 2006. De même, au Rwanda et en Tanzanie, les écarts relatifs aux dépenses de santé à la charge du patient entre la population générale et les personnes vivant avec le VIH sont passés respectivement de 257 pour cent à 28 pour cent et de 136 pour cent à 75 pour cent (70).

128. Le Fonds mondial a subventionné la stratégie nationale de lutte contre le paludisme au Kenya, où l'intervention majeure a consisté en la distribution gratuite de 3,4 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée aux femmes enceintes et aux enfants en 2006. La proportion d'enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est passée de 7 pour cent en 2004/2005 à 67 pour cent en 2006/2007, environ deux tiers d'entre eux utilisant une moustiquaire fournie dans le cadre de la campagne de distribution gratuite. Cette campagne a permis d'atteindre les enfants des foyers les plus pauvres (71).

2.6.3 STRATÉGIES VISANT À RÉPONDRE AUX BESOINS DES COMMUNAUTÉS LES PLUS TOUCHÉES

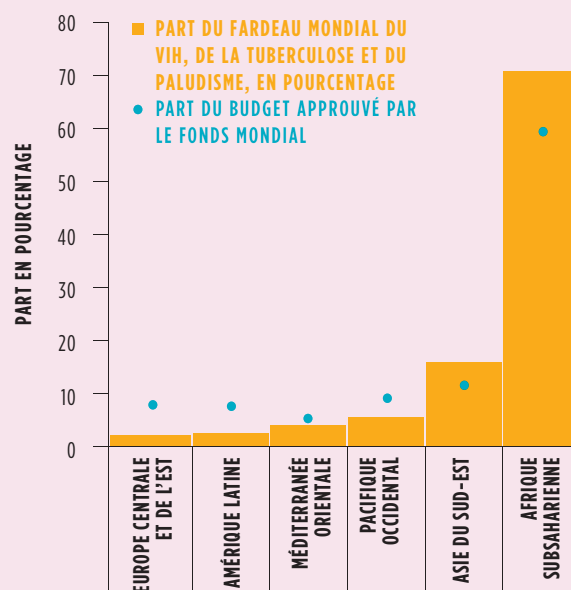
129. Le Fonds mondial est déterminé à garantir que ses politiques et subventions répondent en priorité aux besoins des groupes les plus touchés par le VIH, la tuberculose et le paludisme, ou les plus vulnérables à ces maladies. En 2008 et 2009, le Fonds mondial a adopté deux stratégies complémentaires, l'une visant à promouvoir l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (72)(voir Encadré 2.5), et l'autre, s'attachant à répondre aux besoins spécifiques des minorités sexuelles, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuel(le)s et les travailleurs/travailleuses du sexe. Ces deux stratégies préconisent le caractère inclusif et la diversité dans les procédures et structures décisionnelles du Fonds mondial et soulignent l'importance d'établir un lien entre les décisions de financement et les résultats avérés et mesurables.

ENCADRÉ 2.5 ELABORATION DE PROGRAMMES TENANT COMPTE DES QUESTIONS DE GENRE POUR OBTENIR LES SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL

Les pays sont tenus de fournir des données épidémiologiques et comportementales dans leurs propositions de subvention et de préciser comment les interventions proposées atteindront les populations touchées. Cependant, à ce jour, les données ventilées par sexe restent limitées, et les stratégies de mise en œuvre ne répondent pas toujours aux inégalités ni aux obstacles auxquels doivent faire face les femmes et les principales populations affectées. Par exemple, selon une étude portant sur 211 propositions financées par le Fonds mondial en Afrique subsaharienne dans le cadre des Séries 1 à 7, la plupart des propositions comprenaient des services ciblant les femmes et les jeunes filles, tels que la prévention du paludisme chez la femme enceinte ou la prophylaxie ARV chez la femme enceinte séropositive. Seules quelques propositions tenaient compte des obstacles socioculturels aux soins (74). Cette insuffisance est largement reconnue et le Conseil d'administration du Fonds mondial, reconnaissant qu'un effort concerté à long terme était nécessaire pour combler ces lacunes, a adopté une stratégie relative aux questions de genre, (75, 76).

Pour les Séries 8 et 9, les formulaires et directives relatives aux propositions de subventions ont été améliorés de façon à encourager les candidats à traiter les questions de genre et d'égalité. Environ 67 pour cent des propositions recevables pour la Série 8 comprenaient des données ventilées par sexe et par âge. L'application de la stratégie relative aux questions de genre supposera l'analyse des données ventilées par sexe afin d'améliorer l'élaboration de programmes tenant compte des questions de genre dans la mise en œuvre des subventions (72). Dans le cadre des évaluations visant à l'octroi de subvention, le Secrétariat vérifie la mesure dans laquelle les programmes prévoient l'analyse des questions de genre et d'égalité sociale.

FIGURE 2.23 FARDEAU DU VIH, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME EN 2004, ET TOTAL DES INVESTISSEMENTS APPROUVÉS PAR LE FONDS MONDIAL POUR LES SÉRIES 1 À 9, PAR RÉGION



Source : référence 31 et budgets des subventions approuvées par le Fonds mondial www.theglobalfund.org.

Remarque : les régions indiquées dans la figure ne correspondent pas exactement aux huit régions du Fonds mondial. La part régionale du budget approuvé par le Fonds mondial a été calculée d'après les régions de l'OMS figurant à la référence 31.

TABLEAU 2.13 ANALYSE RELATIVE À L'ÉGALITÉ ET MESURES CORRECTIVES PRÉSENTÉES DANS CERTAINES PROPOSITIONS DES SÉRIES 8 ET 9

POPULATION TOUCHÉE	PROPOSITION	INCIDENCE DES MALADIES	PROBLÈMES IDENTIFIÉS DANS LA PROPOSITION	MESURES PROPOSÉES POUR RENFORCER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SERVICES
FEMMES ET JEUNES FILLES	Swaziland (VIH, Série 8)	Prévalence du VIH chez les adultes : • femmes : 31% • hommes : 30%	Violence sexiste	<ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxie post-exposition destinée aux femmes • Hébergement des victimes de la violence sexiste • Formation des professionnels de santé aux droits sexuels et reproductifs
			Services publics de traitement du VIH peu fréquentés par les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Services de proximité dans les dispensaires ruraux • Dispense gratuite des traitements ARV par le biais du secteur privé
	Côte d'Ivoire (VIH, Série 9)	Prévalence du VIH chez les adultes : • femmes : 6,4% • hommes : 2,9%	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation au VIH et couverture limitée par les services liés au VIH • Violence sexuelle après conflit 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution gratuite de préservatifs par le biais d'organisations communautaires • Formation des professionnels de santé à la violence sexiste et au VIH • Proposition systématique du dépistage du VIH aux femmes et intégration de services de PTME dans les centres de soins prénataux.
TRAVAILLEURS/TRAVAILLEUSES DU SEXE	Côte d'Ivoire (VIH, Série 9)	Prévalence du VIH chez les travailleurs/travailleuses du sexe : 44%	<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevés d'infection par le VIH • Accès limité aux services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et prévention des infections sexuellement transmissibles par le biais de postes de santé mobiles • Responsabilisation des travailleurs/travailleuses du sexe grâce à la sensibilisation au VIH et à la réduction de l'analphabétisme • Enquête de séroprévalence VIH auprès des travailleurs/travailleuses du sexe del sexe
HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES	Thaïlande (VIH, Série 8)	Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : entre 8% et 21%	Accès limité au système de santé formel	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de travailleurs de proximité et d'éducateurs pour leurs pairs à la prévention du VIH et à l'orientation des patients vers les services appropriés • Mise en place de « lieux sûrs » offrant des services de base dans des centres communautaires • Distribution gratuite de préservatifs et de lubrifiants
			Stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des professionnels de santé et des forces de l'ordre
MIGRANTS INTERNES	Chine (Tuberculose, Série 8)	Prévalence nationale de la tuberculose : 194 pour 100 000 habitants	Faible taux de dépistage de la tuberculose et déplacements fréquents chez les travailleurs migrants	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement gratuits de la tuberculose • Horaires d'ouverture prolongés dans les dispensaires, y compris une journée pendant le week-end • Soutien au traitement sur le lieu de travail
PRISONNIERS	Chine (Tuberculose, Série 8)	Taux national de dépistage de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive : 77,81%	Taux élevé de tuberculose dans les prisons	<ul style="list-style-type: none"> • Unités mobiles offrant des services de dépistage et de traitement de la tuberculose • Collaboration entre les ministères de la santé et de la justice pour élaborer un plan de mise en œuvre
POPULATION GLOBALE, Y COMPRIS LES RÉFUGIÉS ET NOMADES	Djibouti (Paludisme, Série 9)	37% des Djiboutiens vivent dans des régions affichant un taux élevé de risque de contracter le paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • Risque élevé de paludisme en raison des conditions climatiques, de la croissance urbaine et des mouvements de population • Faible couverture en matière de prévention et de traitement du paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide par le biais d'organisations communautaires • Kits de diagnostic rapide et formation pour les professionnels de santé paramédicaux et communautaires, parmi lesquels 50% sont des femmes • Sensibilisation des populations par des éducateurs pour leurs pairs travaillant auprès des populations nomades

Sources : propositions soumises au Fonds mondial, www.theglobalfund.org. Pour l'incidence des maladies, voir les références 31 et 77 à 79.

TABLEAU 2.14 SOUTIEN DU FONDS MONDIAL EN 2008 AU RECRUTEMENT DE PERSONNEL DANS LES SERVICES PUBLICS DE SANTÉ DU MALAWI

RESSOURCES HUMAINES	DISPONIBILITÉ		SOUTIEN DU FONDS MONDIAL EN 2008 ²
	2003 ¹	2008 ²	
MÉDECINS	90	177	160
INFIRMIERS	1 932	3 185	3 025
TECHNICIENS DE LABORATOIRE	76	143	143
AIDES-SOIGNANTS	4 324	10 127	10 127

Source : 1 référence 90. 2 Enquête sur le portefeuille du Fonds mondial, 2009, www.theglobalfund.org.

Remarque : le soutien inclut les salaires, les compléments de salaires et/ou primes d'encouragement.

130. Pour les Séries 8 et 9, près de quatre propositions sur cinq soumises aux Fonds mondial dans le cadre de la lutte contre le VIH comprenaient au moins une activité ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuel(le)s et les professionnel(le)s du sexe. Parmi les propositions recommandées par le Comité technique d'examen des propositions en vue d'un financement, le pourcentage de propositions comprenant au moins un élément lié à l'orientation sexuelle et à l'identité sexuelle est passé de 74 pour cent lors de la Série 8 à 87 pour cent lors de la Série 9.

131. Le nombre de propositions abordant les questions de stigmatisation et la promotion des droits est également en augmentation. Globalement, 25 pour cent des propositions reçues pour la Série 8 et 33 pour cent des propositions soumises pour la Série 9 comprenaient au moins une activité visant à traiter les problèmes de stigmatisation ou à promouvoir les droits à la santé et ciblaient tout ou partie des groupes de population à risque. 13 pour cent des propositions financées dans le cadre de la Série 8 et 42 pour cent des propositions financées dans le cadre de la Série 9 comprenaient au moins une activité de ce type.

132. Le Tableau 2.9 présente des exemples de propositions approuvées dans le cadre des Séries 8 et 9 qui satisfaisaient aux besoins des principales populations affectées. En dépit des progrès enregistrés, un engagement politique plus ferme et un soutien durable du Fonds mondial et des partenaires s'avèreront nécessaires dans de nombreux pays pour garantir que les services liés au VIH bénéficient aux personnes qui en ont le plus besoin.

133. Le Fonds mondial est devenu le principal investisseur dans les programmes de réduction des risques ciblant les personnes qui font usage de drogues par injection dans le monde (voir Encadré 2.6). En 2008, il a approuvé la première subvention en Afrique subsaharienne pour des programmes destinés aux personnes qui font usage de drogues par injection. Cette subvention, d'un montant supérieur à 10 millions de dollars US, a été allouée à Maurice, qui affiche le taux de consommation de drogues injectables par habitant le plus élevé d'Afrique et où la consommation de ces drogues est devenue le principal mode de transmission du VIH ces dernières années.

134. Outre le financement des programmes de réduction des risques, le Fonds mondial a également facilité le dialogue entre les personnes qui font usage de drogues par injection et les gouvernements grâce à l'implication de parties prenantes de tous horizons dans les CCM et le Conseil d'administration. Depuis sa création, le Fonds mondial a encouragé les pays à adopter une approche fondée sur l'expérience, et à inclure des interventions de réduction des risques, dans leurs politiques de santé. Aujourd'hui, 84 pays soutiennent la réduction des risques dans les politiques ou la pratique – certains pays appliquant même des lois et des politiques strictes en matière de consommation de drogues (tels que la Chine et le Viet Nam) (80).

ENCADRÉ 2.6 FOURNITURE DE SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUX PERSONNES QUI FONT USAGE DE DROGUES PAR INJECTION

La consommation de drogues injectables est responsable de 10 % des cas de VIH dans le monde (soit 3,3 millions de personnes) – et dans les pays d'Asie et de l'Europe de l'Est, les taux de prévalence chez les personnes qui font usage de drogues peuvent atteindre 50% (80). En Afrique, on constate aussi que la consommation de drogues est désormais un risque supplémentaire de transmission du VIH – 90% des cas de VIH à Maurice étant générés par l'usage de drogues par injection (81). Les interventions visant la réduction des risques sont essentielles aux efforts de prévention de la propagation du VIH (et d'autres risques tels que l'hépatite et l'overdose) chez les personnes qui font usage de drogues par injection. Elles produisent aussi des effets bénéfiques sur l'ensemble de la société et participent à réduire la demande de drogues et les taux de criminalité. Il s'agit notamment de programmes d'échanges de seringues et de programmes de traitement de substitution aux opiacés – ces programmes ayant démontré qu'ils pouvaient conduire à une inversion de la tendance de l'épidémie du VIH associée à l'usage de drogues injectables (82). La participation à ces programmes demeure toutefois faible dans de nombreux pays où les inégalités persistent (83, 84).

Avec près de 180 millions de dollars US investis dans 42 pays, le Fonds mondial est aujourd'hui l'investisseur le plus important dans les services de réduction des risques dans le monde (85). Grâce à la mise en place de ce type de services et à l'extension de leur couverture, les subventions du Fonds mondial ont également contribué à réduire les inégalités d'accès aux services de prévention et de traitement du VIH. Sur les 16 millions de services de prévention proposés aux personnes à plus haut risque de contracter le VIH dans le cadre de programmes subventionnés par le Fonds mondial fin 2009, au moins un million de services étaient destinés aux personnes qui font usage de drogues par injection. Plusieurs Récipiendaires d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont fait état de taux de couverture supérieurs à 30% pour ce groupe de population. Il reste néanmoins encore beaucoup à faire pour satisfaire tous les besoins, dans la mesure où ce groupe accède encore trop difficilement aux traitements ARV dans le monde.

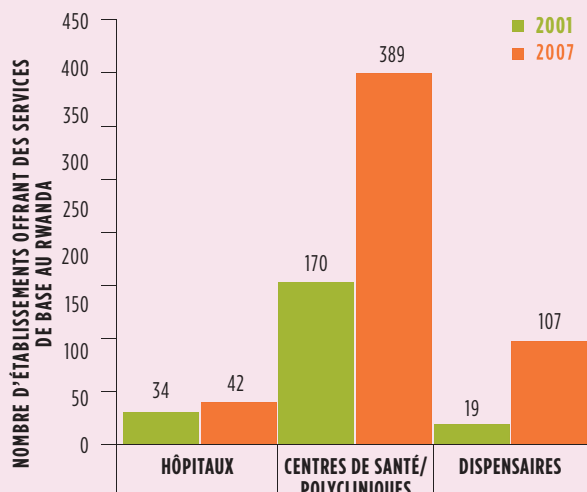
2.6.4 RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

135. L'accès universel et l'équité requièrent des efforts visant à renforcer les systèmes de santé, de manière à fournir des services à toutes les personnes qui en ont besoin, et notamment aux populations rurales, marginalisées et criminalisées. Résultant souvent des différences ethniques, socioéconomiques et entre les sexes, les inégalités conditionnent l'accès aux soins de santé et aux prestations maladie (86).

136. *Investir dans les ressources humaines.*

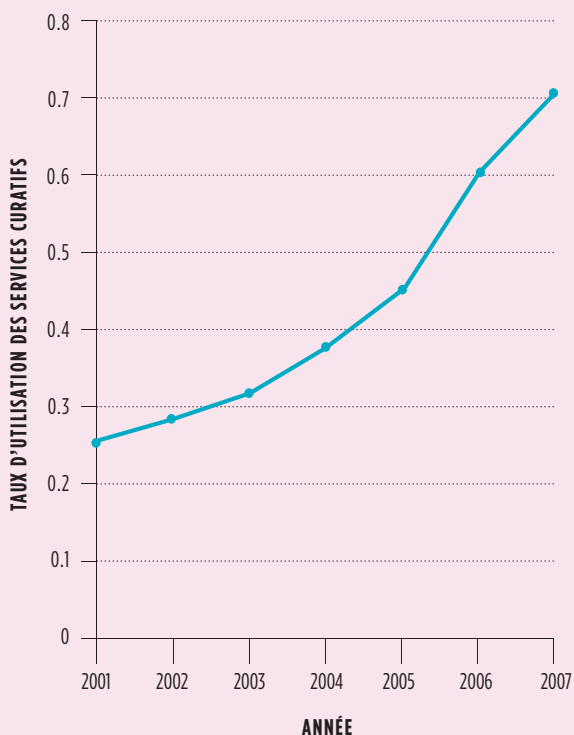
L'extension des programmes de lutte contre les maladies dans les milieux défavorisés requiert des capacités accrues en matière de ressources humaines. Le succès des programmes de lutte contre les trois maladies, qui permet d'en réduire l'incidence, permet aussi de libérer des capacités au sein des systèmes de santé. C'est l'Afrique subsaharienne qui rencontre les problèmes les plus importants en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé, puisque cette région ne dispose que de 3 pour cent du personnel de santé de la planète, alors qu'elle représente 11 pour cent de la population mondiale et supporte 24 pour cent de l'incidence des maladies (68).⁵ Il existe un lien positif entre la densité des professionnels de santé, la couverture

FIGURE 2.24 AUGMENTATION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES DE SANTÉ DE BASE AU RWANDA, 2001-2007



Source : références 88, 89.

FIGURE 2.25 UTILISATION DES SERVICES DE SOINS AU RWANDA SUR LA PÉRIODE 2001-2007



Source : Références 88, 89.

de services et les résultats sanitaires tels que la mortalité maternelle et la mortalité infantile (87). Le Fonds mondial a investi dans la formation préalable à l'emploi et en cours d'emploi, a soutenu la délégation de tâches afin d'optimiser l'emploi des professionnels existants, et a contribué à mettre en place des cadres informels de professionnels de santé et de travailleurs communautaires.

137. Au Rwanda, le Fonds mondial a approuvé une proposition de subvention à hauteur de 77,8 millions de dollars US sur cinq ans pour renforcer les ressources humaines (salaires et formation). Cet investissement a soutenu les efforts du gouvernement et d'autres partenaires de développement comme le PEPFAR visant à élargir la disponibilité et l'utilisation des services entre 2001 et 2007 (88, 89). Au cours de cette période, le nombre d'établissements offrant des services de santé de base a augmenté de façon significative (Figure 2.24), et une hausse de 133 pour cent⁶ du nombre d'établissements proposant des services liés aux infections sexuellement transmissibles a été enregistrée. L'utilisation des services de soins a progressé de 170 pour cent (Figure 2.25).

138. Le Malawi, qui manque sérieusement de personnel de santé, a mis à profit le soutien du Fonds mondial pour recruter le personnel de santé indispensable aux services publics de santé (voir Tableau 2.14). Les subventions du Fonds mondial ont servi au recrutement, à la fidélisation, au déploiement et à la formation préalable à l'emploi et en cours d'emploi du personnel de santé.

139. Au Malawi, les obstacles au bon fonctionnement du système de santé dus à la pénurie persistante de ressources humaines ont été partiellement éliminés grâce à la délégation d'un grand nombre de tâches à des aides-soignants, dans un délai relativement court (91). Les aides-soignants soutenus par le Fonds mondial ont joué un rôle essentiel dans l'intensification des services de conseil et test VIH et des services à domicile, tels que les services visant à assurer la distribution et la prise des traitements ARV (92).

140. **Partage des risques.** Le Fonds mondial soutient également le partage des risques (de sorte que le risque de devoir payer les soins de santé ne soit pas supporté par chaque contributeur individuellement) de manière à accroître l'égalité d'accès aux services de santé. En l'absence de mécanisme de partage des risques, les plus pauvres prennent les frais de santé à leur charge, ce qui ne fait qu'accroître leur pauvreté (93).

141. Au Rwanda, le Fonds mondial a soutenu la mise en place d'une assurance sociale communautaire couvrant les personnes vivant avec le VIH, les indigents et les orphelins. Cette assurance a bénéficié à près de 2,9 millions d'indigents, à 520 000 personnes vivant avec le VIH et à 296 999 orphelins à travers le pays. Le taux d'utilisation général des hôpitaux de districts est passé de 35 pour cent en 2005 à 68 pour cent en juin 2009, des chiffres dépassant les attentes (94).

⁶ Services de bases : consultations ambulatoires pour enfants malades, IST, méthode contraceptive temporaire, soins prénataux, vaccination, contrôle de la croissance des enfants.

TABLEAU 2.15 AUGMENTATION DES SERVICES DE SANTÉ FOURNIS EN ÉTHIOPIE, 2005–2008

INDICATEUR DE PRESTATION DE SERVICES	2005	2008
Taux de vaccination DTP3 chez l'enfant (en pourcentage) ¹	70	82
Vaccination contre la rougeole (en pourcentage) ¹	61	76,6
Naissances prises en charge par un professionnel de santé (en pourcentage) ¹	13	24,9
Taux d'acceptation des contraceptifs (en pourcentage) ¹	25	56,2
Nombre de patients sous ARV ²	20 000	132 000
Proportion de femmes et d'enfants parmi les patients sous ARV (en pourcentage) ³	25	55
Proportion de patients sous ARV à l'extérieur de la capitale (en pourcentage) ³	35	75
Couverture opérationnelle par les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations (en pourcentage) ⁴	7,3	51,4
Couverture opérationnelle par les moustiquaires imprégnées d'insecticide (en pourcentage) ⁴	15,8	71,3

Sources : ¹ données de 2005 et 2008/09, référence 100 ; ² référence 1 ; ³ référence 98 ; ⁴ référence 2, 59.

142. Au Pérou, où près de 90 pour cent du coût du traitement du VIH était à la charge du patient, les subventions du Fonds mondial ont contribué à la mise en place d'un programme national de traitement du VIH en 2004. Grâce à cet investissement puis au lancement du traitement ARV, les frais à la charge du patient pour le traitement du VIH ont chuté de façon significative et ne représentaient plus qu'une part négligeable des dépenses totales des ménages en 2007 (95). Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement ARV est passé de 2 000 en 2004 (23) à 9 400 fin 2006 (96).

2.6.5 RENFORCER LES SYSTÈMES COMMUNAUTAIRES

143. La collaboration avec les communautés pour intensifier la riposte aux maladies est la pierre angulaire du modèle du Fonds mondial. Les investissements dans les systèmes communautaires ont joué un rôle essentiel dans la participation des populations affectées et des responsables au niveau local, dans la plus forte sensibilisation du public et l'augmentation de la demande de services, l'adaptation des programmes aux besoins locaux et la fourniture de services aux populations difficiles à atteindre, vulnérables et à risque (97).

144. L'Éthiopie, l'un des cinq pays bénéficiant des investissements les plus importants du Fonds mondial, accélère le renforcement de son infrastructure de soins primaires et de son personnel de santé dans le cadre du Programme national d'extension des services de santé. Plus de 30 000 professionnels de santé supplémentaires, recrutés au sein de la communauté, ont été formés et déployés dans les services de santé entre 2004 et 2009. Ce programme a joué un rôle essentiel dans l'extension rapide des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme et des services de santé reproductive et infantile, notamment dans les zones rurales du pays (91, 98, 99) (Tableau 2.15).

145. Les subventions allouées à l'Éthiopie dans le cadre des Séries 2 et 4 ont par ailleurs permis de former près de 64 000 volontaires chargés de faciliter le dialogue avec les communautés et de diffuser les messages de sensibilisation aux changements de comportements nécessaires dans les foyers et les « kebeles » (communautés locales). En collaboration avec les professionnels de santé nouvellement déployés dans les services de santé, ces facilitateurs avaient atteint plus de 87 pour cent de la population adulte en 2007. La mobilisation communautaire a en outre permis d'étendre la couverture des services de test et de conseil à plus de 650 établissements de soins, et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles à plus de 350 centres de consultations à travers le pays (97).

146. Le Fonds mondial a également aidé les communautés à étendre l'offre de services aux populations accédant de façon limitée au système de santé. Au Cambodge, une subvention a permis à l'ONG Alliance khmer de lutte contre le VIH/sida de fournir un soutien financier et technique et de renforcer les compétences des organisations communautaires locales pour dispenser des soins à domicile aux personnes vivant avec le VIH, aux orphelins et aux autres enfants vulnérables. Cette expérience est aujourd'hui mise à profit pour étendre la portée des services liés au VIH aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes qui font usage de drogues par injection, notamment par le biais d'une subvention à venir au premier réseau national cambodgien d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (101).



SŒUR ASTER PÈSE UN BÉBÉ DE TROIS MOIS DANS UN DISPENSAIRE DU SUD DE L'ÉTHIOPIE. LES INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL EN ÉTHIOPIE ONT ÉTÉ INTENSIFIÉS POUR RENFORCER LES PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE.



63/1000 / 19

2.7 DÉFIS À RELEVER

147. Si ces résultats témoignent de la réalisation de progrès considérables, d'importants défis restent néanmoins à relever. Dans les années à venir, une augmentation rapide des investissements devrait permettre d'en relever certains. Près de la moitié des fonds décaissés par le Fonds mondial l'ont été en 2008 et 2009, et ont bénéficié à des programmes qui commencent à porter leurs fruits sur le terrain, et se traduiront par des résultats tangibles dans les années à venir. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour réaliser les objectifs de l'accès universel.

148. Dans la plupart des pays, l'accès aux traitements ARV est loin d'être universel. La couverture des traitements ARV dans les pays à revenu faible et intermédiaire était estimée à 42 pour cent en 2008. Ce chiffre variait d'une région à l'autre, l'Amérique latine et les Caraïbes enregistrant le chiffre le plus élevé (54 pour cent), tandis que l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient n'ont atteint qu'une couverture de 14 pour cent (1). Les nouvelles recommandations de l'OMS appelant à traiter les personnes vivant avec le VIH à un stade plus précoce de la maladie feront accroître d'autant le nombre de personnes nécessitant un traitement dans le monde. En outre, la modification des schémas posologiques pourrait conduire à une augmentation des coûts et rendre l'intensification des programmes d'autant plus onéreuse.

149. La couverture des services de prévention du VIH demeure elle aussi trop faible, notamment auprès des groupes de population à haut risque de contracter le virus. Comme indiqué dans le rapport d'activités 2009 sur l'accès universel (1), des obstacles socioculturels, juridiques et techniques entravent toujours l'accès de ces groupes aux services de soins. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les programmes de prévention du VIH n'ont atteint en moyenne que 37,5 pour cent des personnes qui font usage de drogues par injection, 27 pour cent des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 56 pour cent des travailleurs/travailleuses du sexe au cours des 12 derniers mois (1). La prévention est une condition préalable à la riposte durable au VIH, c'est pourquoi les programmes de prévention complets et fondés sur l'expérience devront être largement intensifiés.

150. En outre, d'importants obstacles entravent encore l'extension des programmes de prévention et de traitement, notamment les obstacles entravant l'accès des groupes les plus à risque aux traitements, la mauvaise intégration du traitement ARV et des services de lutte contre la toxicomanie, l'absence de riposte adéquate aux co-infections tuberculose/VIH, la stigmatisation, les obstacles idéologiques (par exemple, en ce qui concerne l'intensification des programmes de réduction des risques), les lois et réglementations ou les pratiques policières limitant l'accès aux interventions fondées sur l'expérience, et aux services de prévention et de traitement dans les prisons.

151. La couverture des services de PTME s'est améliorée mais elle est encore loin de satisfaire aux besoins et aux cibles fixées. En collaboration avec ses partenaires techniques (parmi lesquels l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS), le Fonds mondial intensifie l'élargissement des programmes de PTME qui seront mis en œuvre en 2010 et 2011. Dans son discours prononcé à l'ONU en Septembre 2009, la première dame de France, Carla Bruni-Sarkozy – ambassadrice du Fonds mondial pour la protection des mères et des enfants contre le VIH – a exhorté les dirigeants du monde entier à multiplier par deux le nombre de femmes enceintes séropositives mises sous traitement ARV efficace dans les 18 mois (102).

152. L'épidémie du VIH a aggravé celle de la tuberculose, particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne, et plusieurs défis majeurs restent à relever. Les priorités sont la co-infection tuberculose/VIH en Afrique subsaharienne et la tuberculose multirésistante, en particulier en Europe de l'Est et dans certaines régions d'Asie. Si les dernières estimations chiffrent à 1,37 millions le nombre de co-infections tuberculose/VIH et à 0,5 million le nombre de cas de tuberculose multirésistante à travers le monde (3, 10), la couverture des services reste très faible, et ne couvre que 15 pour cent seulement des patients séropositifs atteints de tuberculose actuellement sous traitement prophylactique par le cotrimoxazole (10). Malgré le nombre croissant de propositions approuvées par le Fonds mondial ces cinq dernières années comprenant des services de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH, il faut poursuivre les efforts pour renforcer plus avant les liens entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose.

153. La tuberculose multirésistante, dont le traitement s'avère difficile et onéreux, pose de graves risques pour la santé publique. Le Fonds mondial est le principal donateur de la riposte à la tuberculose multirésistante, et fournit la plupart du financement international des traitements basés sur les normes internationales dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le Fonds mondial soutient des activités liées à la tuberculose multirésistante dans 23 des 24 pays supportant une charge élevée de tuberculose multirésistante et satisfaisant aux critères de recevabilité d'octroi de subvention. Cela a permis l'intensification rapide du traitement, mais les besoins restent importants, car 36 000 cas de tuberculose multirésistante seulement ont été traités sur les 500 000 qui auraient dû l'être en 2009 (3).

154. En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, un nombre croissant de pays utilise désormais des kits de diagnostic rapide du paludisme de qualité garantie, réduisant ainsi l'utilisation inutile de médicaments. En Angola, au Burundi, en Guinée équatoriale, au Gabon, au Libéria, à Madagascar, au Niger, au Rwanda et au Sénégal, où le Fonds mondial a engagé des fonds importants, plus de 50 pour cent des cas présumés de paludisme font l'objet d'un dépistage (3). Il est toutefois essentiel d'élargir l'accès aux ACT, dont nombre d'enfants sont privés dans les pays où la maladie est endémique, et de renforcer les capacités de diagnostic.

155. La qualité et la ponctualité des systèmes d'informations sanitaires et des activités de suivi et d'évaluation dans les pays peuvent encore être largement améliorées.

156. La contribution aux principaux services de lutte contre les trois maladies est étroitement surveillée pour garantir que les programmes progressent vers la réalisation des cibles internationales fixées par les partenaires (voir Encadré 2.2). Outre l'examen des contributions actuelles, des efforts de prévision des résultats sont actuellement faits dans le but d'identifier les lacunes. Le Tableau 2.16 illustre les contributions apportées aux cibles internationales et les prévisions pour 2012 pour trois services : le traitement ARV, le dépistage des cas de tuberculose et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

157. Les programmes de lutte contre le VIH soutenus par le Fonds mondial visent ambitieusement à élargir la couverture des traitements ARV à 3,9 millions de personnes en 2012. Néanmoins, le nombre de traitements ARV offerts dans le monde ne croît pas aussi rapidement que le nombre de personnes qui en ont besoin. Dans la mesure où les protocoles nationaux et internationaux recommandent de commencer le traitement à un stade plus précoce, cela fera augmenter d'autant le nombre de traitements nécessaires, alors que l'introduction de nouveaux schémas posologiques pourrait par ailleurs faire augmenter le coût des médicaments.

158. Le dépistage et le traitement de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive prendront une part de plus en plus importante dans les programmes soutenus par le Fonds mondial, passant d'un total cumulé de 6 millions fin 2009 à un total escompté de 10,1 millions d'ici à 2012 ; cela contribuera à 54 pour cent de la cible mondiale fixée pour 2012. La tuberculose multirésistante et la co-infection tuberculose/VIH restent toutefois des défis majeurs à relever dans tous les pays.

159. La cible des programmes soutenus par le Fonds mondial de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide est plus ambitieuse, puisqu'elle prévoit de multiplier par deux le nombre total cumulé de moustiquaires imprégnées distribuées à ce jour, pour atteindre 230 millions d'ici à 2012. Sur ce chiffre, 125 millions seront distribuées en Afrique subsaharienne, permettant aux pays de la région d'atteindre 93 pour cent des résultats mondiaux escomptés pour réaliser la cible du Partenariat Faire reculer le paludisme, fixée à 80 pour cent de couverture des populations les plus à risque en Afrique subsaharienne. Cependant, à mesure que les moustiquaires imprégnées d'insecticide s'useront, y compris les moustiquaires longue durée, les pays devront planifier avec beaucoup d'attention où, quand et comment les remplacer de la meilleure façon possible. Le partenariat du Fonds mondial devra intensifier et maintenir à un haut niveau les efforts de prévention du paludisme.

TABLEAU 2.16 RÉSULTATS MONDIAUX ET DU FONDS MONDIAL POUR 2009 ET ESTIMATIONS POUR 2012 VERS LA RÉALISATION DES CIBLES INTERNATIONALES

	PERSONNES ACTUELLEMENT SOUS TRAITEMENT ARV	NOMBRE CUMULÉ DE NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE À MICROSCOPIE POSITIVE DÉTECTÉS	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES
2009			
RÉSULTATS MONDIAUX ESCOMPTÉS AU REGARD DES CIBLES INTERNATIONALES	9,7 MILLIONS ²	12,5 MILLIONS ³	124,6 MILLIONS ⁵ (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
RÉSULTATS DU FONDS MONDIAL	2,5 MILLIONS	6 MILLIONS ⁴	104 MILLIONS ⁶ (TOUTES RÉGIONS CONFONDUES) 72,5 MILLIONS (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
CONTRIBUTION DU FONDS MONDIAL ¹	26%	48%	58% (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
2012			
RÉSULTATS MONDIAUX ESCOMPTÉS AU REGARD DES CIBLES INTERNATIONALES	11,9 MILLIONS ²	18,8 MILLIONS ³	134,5 MILLIONS ⁵ (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
CIBLES DU FONDS MONDIAL	3,9 MILLIONS	10,1 MILLIONS	230 MILLIONS (TOUTES RÉGIONS CONFONDUES) 125 MILLIONS ⁶ (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)
CONTRIBUTION DU FONDS MONDIAL ¹	33%	54%	93% (AFRIQUE SUBSAHARIENNE)

Remarques : les chiffres du Fonds mondial peuvent prendre en compte les services et produits co-financés par d'autres donateurs. L'indicateur international en ce qui concerne les traitements ARV est défini en termes de nombre de personnes actuellement sous traitement, et le Fonds mondial ne dispose pas du total cumulé. Pour la tuberculose et les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le Fonds mondial a collecté et rapporté les résultats cumulés.

¹ Résultats du Fonds mondial comparés aux cibles internationales estimées. ² Référence 13. ³ Référence 14. ⁴ Jusqu'à 10 pour cent des cas signalés par les pays pourraient ne pas être de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive. ⁵ Référence 12. ⁶ Les cibles du Fonds mondial pour 2012 excluent les moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées quatre ans plus tôt, en partant du principe qu'elles seront usées.

160. Pour réaliser les cibles internationales, les pays devront accélérer d'autant leurs efforts pour fournir des traitements ARV aux personnes affectées, dispenser efficacement les traitements contre la tuberculose (y compris les traitements contre la tuberculose multirésistante) et élargir l'accès aux diagnostics et aux médicaments antipaludéens efficaces.

161. La faiblesse des systèmes de santé reste un obstacle majeur à l'intensification des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'à la réalisation de l'ensemble des OMD relatifs à la santé. Les dirigeants du monde entier ont reconnu la nécessité d'accroître les investissements dans le renforcement de la capacité des systèmes de santé : le Groupe de travail de haut niveau sur le financement international innovant pour les systèmes de santé, qui a vu le jour en septembre 2008, a défini de nouvelles méthodes pour lever et canaliser des fonds en vue de combler le déficit de ressources des pays pauvres et de les aider à réaliser les OMD relatifs à la santé (103). Parmi les recommandations formulées figurait le développement d'une plateforme commune de financement des systèmes de santé entre le Fonds mondial, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la Banque mondiale et d'autres parties prenantes - un travail en cours, sous la houlette de l'OMS (voir Section 4.4).

162. Alors que la première décennie du 21^{ème} siècle touche à sa fin, l'intensification des actions à l'échelon local et international est plus que jamais nécessaire dans la course vers la réalisation des OMD. En dépit des réalisations du partenariat du Fonds mondial au cours des huit dernières années, des nombreux enseignements tirés et des innovations entreprises, l'étendue des défis à relever au cours des prochaines années reste vaste (voir Chapitre 4).

AVEC LE SOUTIEN DU FONDS MONDIAL, L'INDE A ÉLARGI LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, PRINCIPALEMENT EN AUGMENTANT LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS OFFRANT CES MÉDICAMENTS. CELA PERMET DE TRAITER LA PLUPART DES ENFANTS SÉROPOSITIFS.





AU NÉPAL, UN RESPONSABLE COMMUNAUTAIRE MET EN PLACE UN GROUPE DE SOUTIEN POUR LES VEUVES DU SIDA DANS SON VILLAGE. L'ASSOCIATION COMMUNAUTAIRE OFFRE DES SOINS À DOMICILE ET BÉNÉFICIE DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL.

3. VERS UNE MEILLEURE EFFICACITÉ

« L'un des défis majeurs à relever aujourd'hui dans le domaine du développement est de faire en sorte que les pays prennent l'action en main et le Fonds mondial est l'institution majeure qui œuvre en ce sens ».

— JOY PHUMAPHI
ANCIENNE MINISTRE DE LA SANTÉ DU BOTSWANA ET ANCIENNE
VICE-PRÉSIDENT DE LA BANQUE MONDIALE

1. Le Fonds mondial a été créé pour aider efficacement les pays à combattre les maladies les plus importantes. Ce chapitre porte sur l'efficacité du Fonds mondial, notamment s'agissant de ses activités avec ses partenaires et les subventions attribuées aux programmes dans les pays. Dans le cadre de son approche basée sur la demande, le Fonds mondial soutient des solutions gérées par les pays eux-mêmes, dans lesquelles les parties prenantes au niveau local identifient les moyens les plus appropriés de gérer leurs programmes. Outre le fait de mobiliser davantage de ressources pour la santé, le Fonds mondial doit aussi investir de manière responsable pour améliorer les résultats en matière de santé et de développement.

2. En vue d'accroître continuellement son efficacité, le Fonds mondial concentre ses investissements dans deux secteurs prioritaires : efficacité de l'aide et optimisation des ressources.

3. Le Fonds mondial a intégré les principes d'efficacité de l'aide dans ses opérations, depuis la performance des entreprises jusqu'à l'examen des progrès réalisés grâce à ses subventions, et mesure régulièrement l'efficacité de l'aide dans tous les programmes qu'il soutient.

4. En 2009, un cadre d'optimisation des ressources a été mis en place pour améliorer l'efficacité des investissements du Fonds mondial dans l'administration, l'octroi des subventions et la prestation des services, à l'aide d'objectifs clairement définis en matière de dépenses opérationnelles, et pour réaliser des économies utiles dans les secteurs de la budgétisation, de la mise en œuvre et de l'approvisionnement des subventions.

3.1 UNE AIDE PLUS EFFICACE

3.1.1 ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DE L'AIDE

5. Le Fonds mondial œuvre sur la base des engagements pris à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005 et du Programme d'Action d'Accra de 2008. La Déclaration de Paris souligne cinq principes clés : 1) responsabilisation nationale de la conception et de la mise en œuvre des programmes ; 2) alignement de l'aide sur les priorités et les systèmes des pays ; 3) harmonisation des efforts des donateurs ; 4) gestion des résultats ; et 5) responsabilité mutuelle – tout cela en conformité avec les principes fondamentaux du Fonds mondial (voir Encadré 1.2).

6. A la suite d'une évaluation indépendante des progrès réalisés par rapport à la Déclaration de Paris depuis 2008, et de sa participation à la Série de suivi de la Déclaration de Paris en 2007 (Tableau 3.1), le Fonds mondial a entrepris les trois actions suivantes en 2009, pour accroître l'efficacité de l'aide :

- institutionnaliser le contrôle annuel de l'efficacité de l'aide de son portefeuille de subventions, et intégrer l'efficacité de l'aide en tant qu'indicateur de résultats clé de l'organisation (1) ;
- systématiser le retour d'information et le soutien aux programmes dans les pays, afin de veiller à ce que l'efficacité de l'aide soit comprise dans la gestion des subventions ;
- intégrer l'examen de l'efficacité de l'aide dans le financement axé sur les résultats. Les subventions font désormais l'objet d'évaluation à la lumière de l'efficacité de l'aide dans le cadre du processus de leur renouvellement pour la Phase 2, afin d'identifier les mesures à prendre pour améliorer leur efficacité.

Ces mesures sont décrites plus en détails ci-dessous.

7. **Suivi de l'efficacité de l'aide.** Le Fonds mondial a mesuré les progrès vers la réalisation de ses engagements pris à la Déclaration de Paris en 2005, 2007 et en 2009 (pour l'année fiscale 2008) en appliquant les processus et la méthodologie mis au point par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Tableau 3.1).

8. Les résultats présentés dans le Tableau 3.1 indiquent les progrès réalisés vers 13 objectifs de l'efficacité de l'aide, établis pour 2010 par le Fonds mondial en consultation avec l'OCDE.⁷ Six objectifs ont été atteints, un objectif est pratiquement atteint et la réalisation des trois autres est à notre portée. Cependant, d'autres efforts sont encore nécessaires pour pouvoir atteindre les trois objectifs dont les progrès sont insuffisants, à savoir, les missions réalisées conjointement avec d'autres donateurs,

⁷ Le Fonds mondial opère un suivi de la mise en œuvre de ses engagements de la Déclaration de Paris en mesurant les progrès des actions vers la réalisation des objectifs pour 2010. Une première évaluation a été effectuée en 2005 et renouvelée en 2007. La participation des pays s'est accrue pendant cette période, passant de 32 à 54 pays qui participent désormais à l'évaluation des progrès vers la réalisation des engagements de la Déclaration de Paris. En 2009, le suivi a été intégré dans l'enquête annuelle sur le portefeuille du Fonds mondial, et il a été réalisé intégralement par 79 pour cent des pays bénéficiaires, avec l'aide d'Agents locaux du Fonds. Les Récipiendaires principaux et les Agents locaux du Fonds ont révisé conjointement les données de l'enquête, lesquelles ont ensuite été révisées par le Secrétariat. En 2008, 67 pour cent des décaissements du Fonds mondial et 68 pour cent des décaissements vers des récipiendaires gouvernementaux sont allés vers 54 pays respectant les principes de la Déclaration de Paris.

TABLEAU 3.1 FICHE DE RÉSULTATS DE L'EFFICACITÉ DE L'AIDE DU FONDS MONDIAL⁸

PRINCIPES DE LA DÉCLARATION DE PARIS	INDICATEURS	RÉSULTATS 2005 (N=32)	RÉSULTATS 2007 (N=54)	RÉSULTATS 2008 (N=54)	OBJECTIF 2010	RÉSULTATS DE 2008 EN POURCENTAGE DES OBJECTIFS POUR 2010
RESPONSABILITÉ ET ALIGNEMENT	AIDE ENREGISTRÉE DANS LES BUDGETS NATIONAUX	15%	23%	29%	85%	34%
	SUBVENTIONS ALIGNÉES SUR LES CYCLES DES PAYS	62%	62%	75%	90%	83%
	AIDE UTILISANT LES SYSTÈMES PUBLICS DE GESTION FINANCIÈRE	39%	39%	42%	59%	71%
	AIDE UTILISANT LES SYSTÈMES D'APPROVISIONNEMENT NATIONAL	33%	56%	87%	55%	100%
	PAYS COMPRENANT DES UNITÉS DE MISE EN ŒUVRE PARALLÈLES ²	16%	13%	0%	5%	100%
L'AIDE EST PRÉVISIBLE ET « NON LIÉE »	RAPPORT ENTRE LES DÉCAISSEMENTS RÉELS ET LES DÉCAISSEMENTS ATTENDUS	90%	95%	106%	95%	100%
	AIDE PRÉVUE ENREGISTRÉE	16%	30%	29%	60%	48%
	AIDE « NON LIÉE »	100%	100%	100%	100%	100%
HARMONISATION AVEC LES PARTENAIRES	AIDE SOUTENANT LES APPROCHES AXÉES SUR LES PROGRAMMES ¹	74%	68%	79%	66%	100%
	MISSIONS CONJOINTES AVEC D'AUTRES DONATEURS	15%	14%	14%	40%	36%
	RAPPORTS ANALYTIQUES CONJOINTS AVEC D'AUTRES DONATEURS	50%	22%	33%	50%	65%
GESTION DES RÉSULTATS ET RESPONSABILITÉS	SUBVENTIONS COMPRENANT DES CADRES DE RÉSULTATS TRANSPARENTS ET POUVANT ÊTRE SUIVIS	100%	100%	100%	100%	100%
	SUBVENTIONS ALIGNÉES SUR LES SYSTÈMES NATIONAUX DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	73%	82%	84%	90%	94%

Légende des couleurs : Orange : 30 à 59 pour cent des objectifs de 2010 atteints en 2008 ; Jaune : 60 à 89 pour cent des objectifs de 2010 atteints en 2008 ; Vert : Plus de 89 pour cent des objectifs de 2010 atteints en 2008

¹ Ne prend pas en compte l'aide au PNUD et autres organismes multilatéraux.

² Cet indicateur vise à réduire le nombre d'unités de mise en œuvre parallèles. L'objectif est atteint lorsque moins de 5 pour cent des pays ont des unités de mise en œuvre parallèles.

Source : Données de 2005 et 2007 (2, 3) ; données de 2008 rassemblées via l'étude du portefeuille du Fonds mondial de 2009. www.theglobalfund.org.

l'enregistrement de l'aide dans les budgets nationaux et l'enregistrement de l'aide telle que programmée.

9. Les points forts du Fonds mondial en matière d'efficacité de l'aide sont le financement axé sur les résultats dans la gestion des programmes pour atteindre des résultats conformes aux systèmes de suivi et d'évaluation nationaux, une forte responsabilisation des pays par le biais de cadres de résultats transparents, et une approche axée sur les programmes comportant moins de structures de mise en œuvre parallèles.

10. Concernant les trois objectifs où les progrès ont été insuffisants, il conviendra de s'employer à enregistrer l'aide dans les budgets nationaux. En 2008, seuls 29 pour cent de l'aide du Fonds mondial avaient été enregistrés dans les budgets nationaux, alors que l'objectif était de 85 pour cent. Cela est dû en partie à un manque de communication entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé dans les pays où l'aide est mise en œuvre.

11. **Fournir un retour d'information aux parties prenantes aux programmes.** Les données de suivi sont utilisées pour fournir des rapports aux partenaires des programmes et pour soutenir activement les initiatives des pays pour améliorer l'efficacité de l'aide. Au Rwanda par exemple, le Fonds mondial et les instances de coordination nationale (CCM) ont participé à un exercice de suivi dirigé par le pays, en vue d'identifier les raisons pour lesquelles les procédures nationales relatives au budget et à la vérification ne sont pas appliquées, ce qui a permis au gouvernement de modifier les accords de mise en œuvre.

12. Les pays d'exécution ont exprimé leur volonté d'améliorer la transparence de l'aide. Pour donner suite à des initiatives nationales, le Fonds mondial a collaboré avec les Récipiendaires principaux au Burkina Faso, au Cambodge, au Malawi et au Rwanda pour améliorer la communication de données sur l'aide, offrant ainsi aux ministères des finances des informations sur le financement déjà reçu et le financement prévu pour les années fiscales à venir.

⁸ La fiche de résultats d'efficacité de l'aide du Fonds mondial est basée sur les indicateurs de la Déclaration de Paris. Cela n'indique pas les quatre indicateurs non mesurés par les donateurs et un cinquième autre qui n'est pas applicable, mais comprend quatre indicateurs supplémentaires décrivant les résultats globaux du Fonds mondial par rapport à l'ensemble des principes de la Déclaration de Paris : subventions alignées sur les cycles des pays, décaissements réels par rapport aux décaissements attendus, subventions comprenant des cadres de résultats transparents pouvant être suivis, et subventions alignées sur les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation.

DANS LA PROVINCE D'ANSEBA AU NORD DE L'ÉRYTHRÉE, UN PROFESSIONNEL DE L'HÔPITAL COMMUNAUTAIRE PULVÉRISE DE L'INSECTICIDE SUR LES SOLS INFESTÉS DE MOUSTIQUES PORTEURS DU PALUDISME. LE FONDS MONDIAL SOUTIENT CE PROGRAMME PAR L'INTERMÉDIAIRE DU MINISTÈRE ÉRYTHRÉEN DE LA SANTÉ.



13. **Intégrer l'efficacité de l'aide dans le financement axé sur les résultats.** Depuis la Série 8, les formulaires de proposition et les guides pratiques du Fonds mondial reflètent son engagement dans l'efficacité de l'aide, et offrent des conseils sur la façon d'améliorer l'alignement des activités financées. En outre, le Comité technique d'examen des propositions (TRP) s'appuie sur les résultats de suivi de l'efficacité de l'aide pour orienter l'examen des propositions en vue de l'octroi de subventions. Le Fonds mondial a par ailleurs introduit un outil de soutien à l'efficacité de l'aide dans le cadre de l'évaluation relative à la phase 2 (voir la section 2.4.3 pour obtenir d'autres informations sur le processus de renouvellement).

14. Dans le cadre du processus de renouvellement des subventions, le Secrétariat analyse l'efficacité des subventions sur la base des cinq principes de la Déclaration de Paris. Cet examen met en lumière les dispositions de mise en œuvre pour la phase 2. Entre mai et décembre 2009, 32 subventions ont été examinées. Les recommandations ont principalement porté sur une plus grande transparence et un meilleur alignement au niveau national, par exemple, en intégrant le financement du Fonds mondial dans les budgets des pays, en enregistrant les décaissements reçus dans les livres de comptes nationaux et en alignant les subventions sur le cycle fiscal du pays.

3.1.2 AJUSTEMENTS DES POLITIQUES VISANT À UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE L'AIDE

15. En 2009, le Fonds mondial a ajusté sa politique afin d'améliorer l'efficacité de l'aide au niveau national. Cela comprenait les mesures suivantes : 1) harmonisation des salaires pour les programmes de pays ; 2) soutien à l'alignement des subventions sur les systèmes et les cycles des pays ; et 3) transparence et responsabilisation accrues dans la gestion des subventions du Fonds dans les pays d'exécution. Ces changements sont décrits ci-dessous.

16. **Harmonisation des salaires pour les programmes de pays.** Une approche coordonnée a été mise en place en 2009 pour rémunérer les professionnels de santé et autres catégories de personnel travaillant pour les programmes dans le pays. Dans leurs propositions, les pays doivent maintenant fournir des éléments justifiant la façon dont les salaires sont harmonisés avec les salaires nationaux ou avec un cadre interinstitutions.

17. **Alignement sur les systèmes et les cycles des pays.** Un cadre a été mis au point pour encourager l'alignement du financement du Fonds mondial avec les cycles nationaux existants, en particulier pour la gestion financière et la communication des résultats financiers. Le Fonds mondial soutient également le recours accru aux systèmes nationaux en matière d'approvisionnement, de gestion financière, de suivi et d'évaluation, lorsque la qualité de ces systèmes est satisfaisante.

ENCADRÉ 3.1 CONTRIBUER AU DIALOGUE MONDIAL

Le Fonds mondial organise les réunions du *Global Programs Learning Group*, fondé en 2006, pour partager des informations sur les meilleures pratiques et solutions à la lumière des principes de la Déclaration de Paris avec les principaux donateurs du développement international. Les membres de ce groupe comprennent l'Alliance GAVI, l'Initiative pour la mise en œuvre accélérée de l'éducation, le Fonds pour l'environnement mondial, le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale, l'Alliance des villes et le PEPFAR, avec la contribution supplémentaire du Réseau de métrologie sanitaire et de la Fondation Bill et Melinda Gates. Ensemble, les membres de ce groupe représentent une part importante du financement du développement mondial. Ils ont contribué à faire progresser considérablement les principes de la Déclaration de Paris, notamment en mettant en avant les principes de responsabilisation et de gestion des résultats au niveau des pays. Le groupe forme une tribune où sont identifiés les points forts et les points faibles de différents modèles de gestion de l'aide et où sont échangés les enseignements tirés des actions menées pour améliorer leur efficacité. Outre les plans de travail individuels des programmes des membres, le Groupe d'apprentissage dispose d'un plan de travail conjoint pour 2009-2010. Ses cinq priorités sont : 1. Transparence et prévisibilité du financement ; 2. Suivi ; 3. Résultats et impact ; 4. Responsabilisation et alignement ; et 5. Innovation. En décembre 2009, le Groupe d'apprentissage a présenté un rapport à mi-parcours sur l'évolution des mesures prises à la lumière de ces priorités au Groupe de travail de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide.

18. **Une transparence et une responsabilisation accrues dans la gestion des subventions du Fonds mondial dans les budgets des pays.** Afin de renforcer la communication et le partage des informations entre les récipiendaires gouvernementaux du secteur de la santé, les autorités chargées de la planification et le Trésor National, des principes directeurs ont été mis au point pour améliorer l'établissement de rapports sur l'aide dans les pays.

19. Pour conclure, en 2009, le Fonds mondial a joué un rôle actif dans le mouvement international pour faire avancer l'efficacité de l'aide en intégrant dans ses propres processus la question de l'efficacité de l'aide, de la phase de la proposition à celle du renouvellement des subventions (Encadré 3.1). Restant fidèle à ses principes de mise en œuvre gérée par les pays, le Fonds mondial va continuer à renforcer les actions au niveau des pays et va introduire des améliorations et des ajustements de politiques supplémentaires pour l'efficacité de l'aide, sur la totalité de son portefeuille, au sein de la nouvelle architecture de subventions qui sera introduite en 2011 (voir la section 4.4 pour de plus amples informations sur la nouvelle architecture de subventions).

3.2 MEILLEURE UTILISATION DES RESSOURCES

20. Assurer une meilleure utilisation des ressources à chaque étape de la chaîne du financement, depuis les donateurs jusqu'aux personnes bénéficiant directement des services du programme, est la priorité première. La réussite de cette démarche repose sur une meilleure utilisation des ressources au sein du Secrétariat, ainsi que sur les moyens donnés aux responsables des programmes d'assurer l'efficacité de la mise en œuvre. En collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, le Fonds mondial a encouragé l'évaluation régulière des coûts unitaires des interventions-clés, afin de permettre aux pays de comparer les coûts et d'améliorer leur efficacité. Des exemples de mesures prises dans le but d'améliorer l'utilisation des ressources sont présentés dans le Tableau 3.2 ci-dessous.

21. **Meilleure utilisation des ressources au niveau institutionnel.** Chaque dollar versé au Fonds mondial sert à financer des programmes dans les pays. Le Fonds mondial n'a pas de bureaux dans les pays et ce sont les intérêts cumulés dégagés du compte fiduciaire de la Banque mondiale qui couvrent les dépenses opérationnelles du Secrétariat du Fonds mondial et les honoraires de l'Agent local du Fonds (voir l'annexe 2 pour obtenir une description du rôle des Agents locaux du Fonds). En 2009, les coûts administratifs n'excédaient pas 5,3 pour cent des dépenses totales du Fonds mondial (Tableau 3.2). En ce qui concerne les subventions elles-mêmes, environ 12 pour cent des dépenses enregistrées en 2008 étaient consacrées à la planification, l'administration et les frais généraux.

22. **Meilleure utilisation des ressources: au niveau de la gestion du portefeuille.** L'objectif du modèle de gestion de la subvention est d'optimiser l'utilisation des ressources dans les programmes nationaux, par le biais de révisions budgétaires, de financement axé sur la performance et d'achats efficaces.

TABLEAU 3.2 EXEMPLES DE MESURES PRISES PAR LE FONDS MONDIAL POUR AMÉLIORER L'UTILISATION DES RESSOURCES

MESURES	INDICATEURS	OBJECTIFS 2009	RÉSULTATS 2009
INSTITUTIONNELLES • Gestion efficace du Secrétariat	• Dépenses opérationnelles du Secrétariat (incluant les honoraires de l'Agent local du Fonds)	• <10% des dépenses totales et • <3% des subventions gérées par les pays bénéficiaires	• 5,3% des dépenses totales • 2,2% des subventions gérées par les pays bénéficiaires
GESTION DU PORTEFEUILLE : BUDGÉTISATION • Révisions et ajustements budgétaires par le Comité technique d'examen (TRP) et le Secrétariat à la signature des nouvelles subventions • Révisions et ajustements budgétaires lors des évaluations du processus de reconduction des subventions • Retour des fonds non utilisés à la fin des subventions	• Economie d'efficacité budgétaire sur les subventions	• Signature des subventions accordées dans le cadre de la Série 8 : 10% du montant approuvé par le Conseil d'administration • Processus de reconduction des subventions : 10% du montant proposé • Fin des subventions : 83 millions de dollars US	• Signature des subventions accordées dans le cadre de la Série 8 : 13% (403 millions de dollars US) • Processus de reconduction des subventions : 11% (68 millions de dollars US, Déc. 2009) • Fin des subventions : > 177 millions de dollars US (Déc. 2009)
GESTION DU PORTEFEUILLE : PERFORMANCE • Financement axé sur les résultats pour la Phase 2 • Révisions ajustements budgétaires pendant les évaluations pour la Phase 2	• Différence d'allocation, par rapport aux propositions originales, entre les subventions très performantes (niveau A) et peu performantes (niveau C) • Economie d'efficacité budgétaire pour la Phase 2	• Différence entre les subventions très performantes et peu performantes : 30% • Réduction budgétaire relative au montant original proposé : 23,5% (axé sur les résultats + économie d'efficacité)	• Différence entre les subventions très performantes et peu performantes : 26% • Réduction budgétaire relative au montant original proposé : 22% (317 millions de dollars US) (axé sur les résultats + économie d'efficacité)
GESTION DU PORTEFEUILLE : ACHATS • Amélioration des données communiquées sur les prix et la qualité	• Toutes les données sur les subventions sont enregistrées dans le système d'information sur les prix et la qualité • Budgets des achats financés par les subventions via le système d'achats groupés volontaires	Communication de données sur les prix et la qualité : 100% des subventions	• Communication de données sur les prix et la qualité : 88% des subventions (Déc. 2009) • Achats groupés volontaires : 34 pays Inscrits par participer et 271 millions de dollars US de commandes passées (Déc. 2009)
MESURES	INDICATEURS	OBJECTIFS 2010	DONNÉES DE RÉFÉRENCE 2009
PRESTATIONS DE SERVICES • Promotion (avec les partenaires) des mesures de routine de programmes et des rapports de coûts unitaires des interventions-clés	• prix unitaire des ARV (traitements adultes de première ligne) • Prix unitaire des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée • Pays traitant avec succès des patients à l'aide du traitement DOTS à un coût unitaire raisonnable ¹	• Prix unitaire des ARV : baisse annuelle de 5% • Prix unitaire des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée : baisse annuelle de 5% • Augmentation annuelle de 5% du nombre de pays traitant avec succès des patients à l'aide du traitement DOTS à un coût unitaire raisonnable	• Prix unitaire moyen des ARV 188 dollars US (régimes adultes de première ligne) (données de base) • Prix unitaire moyen des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée : 5,3 dollars US (données de base) • 82% des pays gravement touchés par la tuberculose et traitant avec succès des patients à l'aide du traitement DOTS, à un coût unitaire raisonnable

¹ coût par patient du traitement DOTS (2009) : < 340 dollars US dans les pays à revenu faible ; <420 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) ; <1 250 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure).

23. **Assurer l'optimisation des ressources dans les budgets des subventions.** Lors de l'évaluation des propositions, le Comité technique d'examen des propositions (TRP) décide si «les interventions choisies sont justifiées par des preuves documentées et permettent d'optimiser les ressources».(4). Depuis la Série 8, le Comité technique d'examen demande que des évaluations financières externes soient effectuées pour examiner en profondeur les budgets des propositions importantes, et en dégager d'éventuelles économies d'efficacité. Dans trois propositions approuvées lors de la Série 8, ces évaluations ont déterminé des économies d'efficacité de 197 millions de dollars US. Lors de la Série 9, les budgets de toutes les propositions excédant 100 millions dollars US ont été évalués. Cette pratique se poursuivra dans le cadre du processus d'évaluation des propositions.

24. La négociation des subventions offre une autre occasion de réviser les budgets et d'identifier les éventuelles économies d'efficacité en comparant les coûts unitaires aux données de référence. En décembre 2009, à l'occasion de la signature des subventions pour 85 pour cent des financements approuvés de la Série 7, cette procédure a contribué à réaliser des économies d'efficacité de 13 pour cent (400 millions de dollars US) sur les budgets des propositions de la Série, tout en ayant un impact minimal sur les objectifs de prestations des services. Les ajustements apportés au portefeuille ont été variables, des économies d'efficacité de 2 à 20 pour cent ayant été réalisées pour la plupart des subventions.

25. **Financement en fonction de la performance.**

L'examen complet de la performance des subventions en vue du financement de la Phase 2, notamment les résultats et l'impact, qui intervient au bout de la deuxième année de chaque subvention, permet de réaffecter les fonds des subventions dont les résultats ne sont pas satisfaisants à des subventions plus performantes, et également d'identifier les économies d'efficacité.

26. De 2005 à novembre 2008, 12 pour cent des fonds des subventions non performantes ont été déduits lors des évaluations pour la Phase 2 et réaffectés à des subventions plus performantes. En 2009, les économies d'efficacité identifiées dans les subventions visant la Phase 2 se sont élevées à environ 23 pour cent des budgets initiaux proposés pour la Phase 2 (soit 317 millions de dollars US), grâce à l'accent mis sur l'efficacité. De même, 7,4 pour cent d'économies d'efficacité ont été réalisées en moyenne sur les subventions reconduites approuvées. En 2009, les révisions budgétaires et le financement axé sur la performance ont permis de libérer 970 millions de dollars US pour financer d'autres programmes.

27. **Approvisionnement.** Environ 39 pour cent des dépenses liées aux subventions sont utilisées pour l'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé.

ENCADRÉ 3.2 COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES TECHNIQUES POUR SOUTENIR L'ÉTABLISSEMENT DES COÛTS DES SERVICES NORMALISÉS PAR PROGRAMME NATIONAL

Le Fonds mondial, en collaboration avec ses partenaires, met actuellement au point des méthodes normalisées, et encourage les pays à les utiliser, pour mesurer l'efficacité et la rentabilité des services-clés pour le VIH, la tuberculose et le paludisme (7). La mise au point de méthodes d'évaluation des coûts, ainsi que l'assistance technique à la collecte et à l'analyse d'informations dans les pays sont actuellement menées par des partenaires comme l'OMS ou le PEPFAR.

En 2009 et 2010, l'axe sera mis sur l'évaluation des coûts unitaires pour les traitements ARV, les traitements DOTS et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Dans le cadre d'une approche commune à tous les services, l'évaluation des coûts est intégrée dans le système national de suivi et d'évaluation de la maladie.

Concernant les traitements ARV, l'établissement des éléments-clés des coûts par programme national sera expérimenté dans vingt pays sévèrement touchés par le VIH, sous la supervision du département VIH/sida de l'OMS et de l'ONUSIDA, avec le soutien du PEPFAR. L'accent sera mis sur les indicateurs-clés générant des coûts qui peuvent faire l'objet d'économies, tels que les prix des médicaments, des produits de laboratoire et le coût des personnels de santé.

En ce qui concerne les traitements DOTS, le Fonds mondial soutient l'amélioration de l'établissement de rapports relatifs au budget national et aux dépenses par programme national sur la tuberculose communiqués au Département Halte à la tuberculose de l'OMS, mis en place en 2002 (8), notamment la validation de l'approche directive de l'évaluation des coûts par opposition à des études de coûts menées de la base vers le haut dans des pays donnés.

Pour ce qui est des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, la communication de données financières fait désormais partie du questionnaire relatif aux programmes nationaux contre le paludisme devant être présenté chaque année au Programme de lutte antipaludique de l'OMS. Outre le nombre de moustiquaires distribuées, les données relatives aux dépenses permettront de calculer le coût de distribution unitaire des moustiquaires imprégnées à partir de 2010.

Pour tous les services, les données au niveau national sont comparées aux données issues des études approfondies d'évaluation des coûts spéciaux, aux données concernant les prix d'approvisionnement, par le biais du Mécanisme mondial d'information sur les prix et du Système d'information sur les prix et la qualité du Fonds mondial, ainsi qu'aux dépenses spécifiques aux subventions enregistrées par le système de rapport financier renforcé du Fonds mondial.

28. Les bénéficiaires de subventions doivent gérer l'approvisionnement selon une procédure transparente et compétitive (hormis dans les cas de petites commandes ou de commandes en urgence) pour obtenir les prix les plus bas pour des produits de bonne qualité.(5). Ils doivent également enregistrer des informations relatives au prix des produits phares (ARV, médicaments contre le paludisme et la tuberculose, moustiquaires imprégnées d'insecticide, préservatifs et les kits de diagnostic rapide) dans le système d'informations sur les prix et la qualité, relié au système mondial d'information sur les prix géré par l'OMS et accessible au grand public. (6). Ces bases de données accessibles à tous permettent de comparer les prix, fournissent aux bénéficiaires de subventions des informations supplémentaires et leur donnent les arguments nécessaires à la négociation des prix.

29. Les programmes financés par le Fonds mondial, dans leur ensemble, ont le potentiel d'influencer les prix et les dynamiques de marché. Depuis le lancement du système des achats volontaires groupés en juin 2009 (voir Section 4.4 pour obtenir plus d'informations), les pays peuvent accéder à un système d'achats collectifs, offrant aux Récipiendaires principaux un pouvoir d'achat plus fort. Depuis 2009, les prix de services comparables, tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée et les ARV de première ligne, sont suivis dans le cadre des indicateurs-clés de la performance des entreprises. L'objectif pour ces deux services est de faire baisser les prix de 5 pour cent par an.

30. Meilleure utilisation des ressources dans les services. Le Fonds mondial, en collaboration avec des partenaires techniques, a mis en place l'évaluation et la communication de données normalisées en matière de coût unitaire ou par personne des principaux services fournis liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme. (7) (Encadré 3.2). L'analyse et les relevés de données de référence relatives à ces coûts unitaires aident les responsables de programmes à comprendre l'origine des coûts et à rechercher une meilleure efficacité. Les coûts unitaires des services seront reliés aux données concernant leur qualité et leur impact en matière de santé, sur la base desquelles sera effectuée l'évaluation de la rentabilité du programme.

3.3 COÛT UNITAIRE POUR LES INTERVENTIONS PRINCIPALES DANS LES PROGRAMMES

31. Outre le fait d'améliorer régulièrement la rentabilité administrative et programmatique, le Fonds mondial suit les coûts unitaires des traitements DOTS et ARV et de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, afin d'identifier les secteurs nécessitant une meilleure rentabilité. L'intervalle des coûts relevant du portefeuille du Fonds mondial figure dans le Tableau 3.3.

3.3.1 TRAITEMENT DOTS

32. Les rapports annuels des dépenses des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose montrent que le coût du traitement DOTS par patient varie nettement avec le niveau de revenu national (Figure 3.1). Ces variations sont dues au fait que le coût des principales composantes de la lutte contre la tuberculose, notamment le coût du personnel des programmes et des soins hospitaliers, est fortement lié au niveau de revenu par habitant des pays. Sur 22 pays gravement touchés par la tuberculose, en général, le coût médian du traitement DOTS par patient en 2006–2008 était de 173 dollars US (intervalle interquartile (EIQ) : 140–283 dollars US)⁹ : US\$ 140–283).

⁹ L'intervalle interquartile est l'intervalle dans lequel se situent 50 pour cent des valeurs, c'est-à-dire, l'intervalle entre le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile de la distribution.

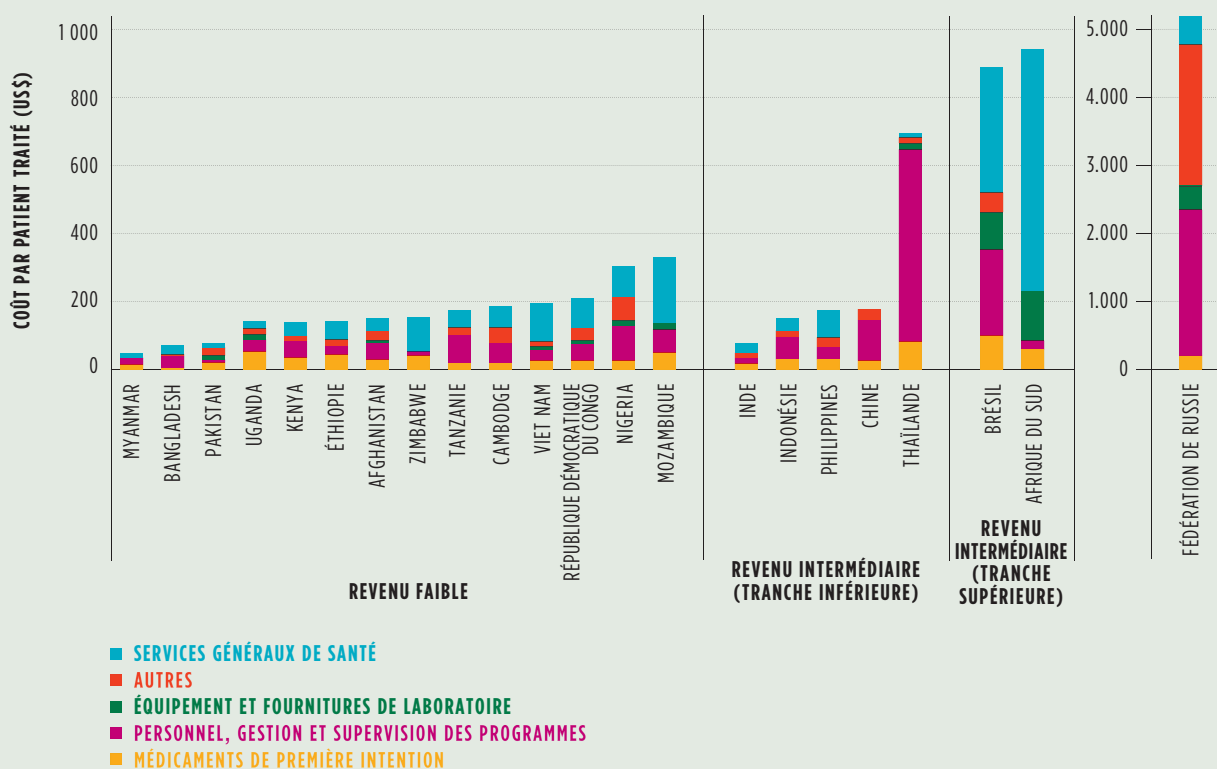
TABLEAU 3.3 PREMIÈRES ESTIMATIONS DES COÛTS UNITAIRES RELATIFS AUX PRINCIPALES INTERVENTIONS DES PROGRAMMES DU FONDS MONDIAL, 2008

SERVICE ET COÛT UNITAIRE	NIVEAU DE REVENU NATIONAL ET ESTIMATION DU COÛT UNITAIRE (ORDRE DE GRANDEUR), EN DOLLARS US
MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DISTRIBUÉES AUX PERSONNES OU AUX FAMILLES EXPOSÉES AU RISQUE DE CONTRACTER LE PALUDISME	ENSEMBLE DES REVENUS : 7,3 (6,8–7,8)
TRAITEMENT DOTS PAR PATIENT ATTEINT DE LA TUBERCULOSE	REVENU FAIBLE : 150 (138–191) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE INFÉRIEURE) : 173 (151–177) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE SUPÉRIEURE) : 1 023 (956–3 148)
TRAITEMENT ARV PAR PERSONNE ET PAR AN (PREMIÈRE INTENTION)	REVENU FAIBLE : 526 (513–543) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE INFÉRIEURE) : 645 (627–675) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE SUPÉRIEURE) : 740 (699–763)
TRAITEMENT ARV PAR PERSONNE ET PAR AN (SECONDE INTENTION)	REVENU FAIBLE : 1 220 (1 197–1 339) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE INFÉRIEURE) : 1 626 (1 391–2 086) REVENU INTERMÉDIAIRE (TRANCHE SUPÉRIEURE) : 2 939 (2 159–4 607)

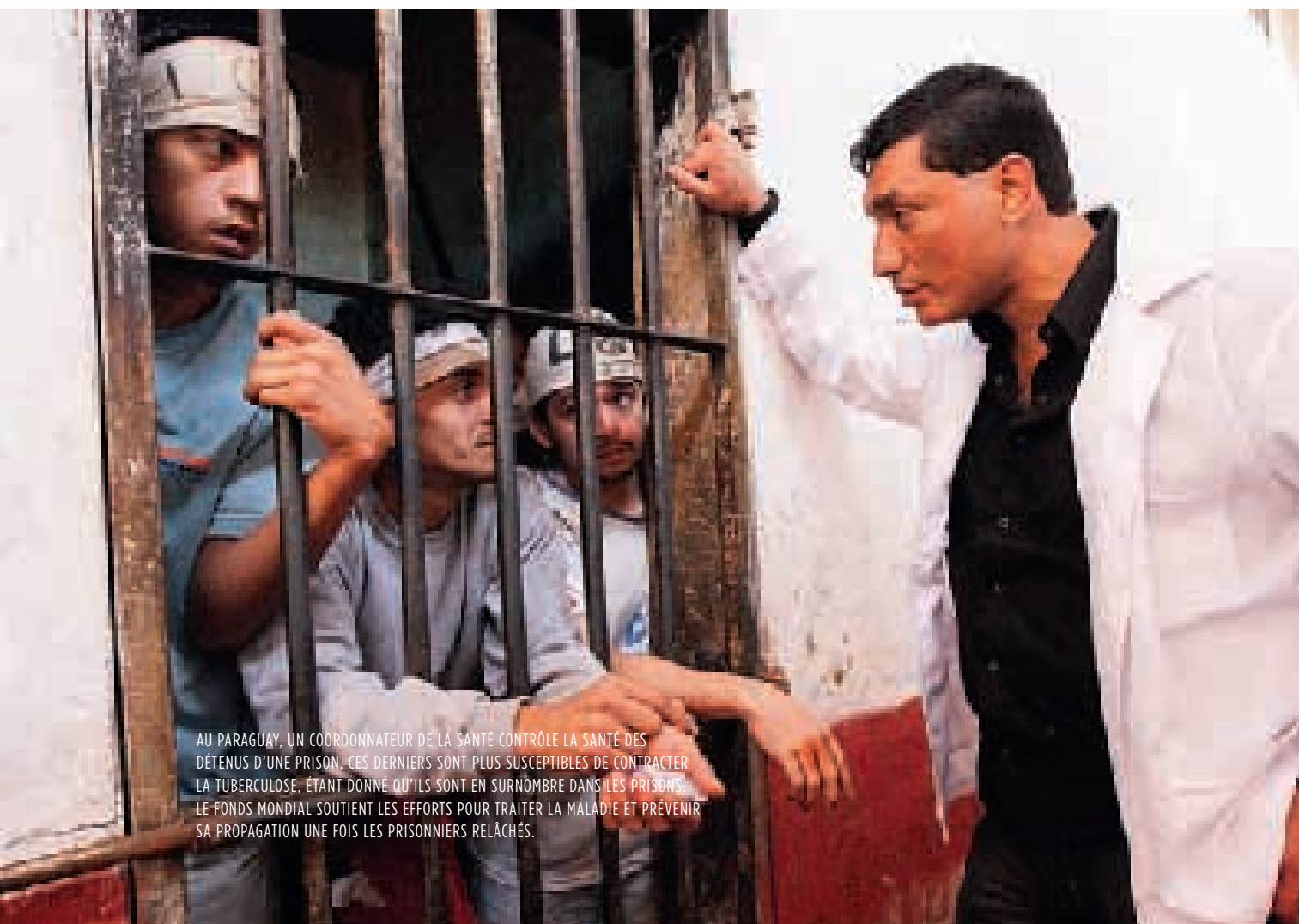
Notes : Les coûts unitaires prévus concernent la médiane et l'intervalle interquartile. Le niveau de revenu des pays sont basés sur le classement de la Banque Mondiale de 2007 (9).
*Pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide, il y avait peu de variation de niveau de revenu entre les pays.

Sources : moustiquaires imprégnées d'insecticide (10–14) ; DOTS (15, 16) ; ART (6, 10, 17–25).

FIGURE 3.1 DÉPENSES NATIONALES DE DOTS PAR PATIENT TRAITÉ



Notes : Le coût par patient traité a été obtenu en divisant le total des dépenses communiquées par le pays par le nombre moyen de cas de tuberculose à microscopie tant positive que négative, pour 2006-2008 (15, 16). Les données étaient disponibles pour 22 pays gravement touchés par la tuberculose, qui représentent ensemble 80 pour cent des cas de tuberculose. Tous ces pays reçoivent des subventions pour lutter contre la tuberculose du Fonds mondial. Pour chaque estimation, le Département « Halte à la tuberculose » de l'OMS a majoré les coûts communiqués pour y inclure les dépenses moyennes relatives à l'utilisation des services généraux de santé (principalement l'hospitalisation et les consultations externes), sur la base des estimations du pays du projet « Choisir les interventions rentables » de l'OMS (WHO-CHOICE) (16, 26). Les dépenses de traitement de la tuberculose multirésistante et de la co-infection tuberculose/VIH n'ont pas été incluses dans ces estimations de coûts unitaires. Les niveaux de revenu des pays sont basés sur la classification de la Banque mondiale de 2008 (9). **Sources :** (15, 16).



AU PARAGUAY, UN COORDONNATEUR DE LA SANTÉ CONTRÔLE LA SANTÉ DES DÉTENU D'UNE PRISON. CES DERNIERS SONT PLUS SUSCEPTIBLES DE CONTRACTER LA TUBERCULOSE, ÉTANT DONNÉ QU'ILS SONT EN SURNOMBRE DANS LES PRISONS. LE FONDS MONDIAL SOUTIEN LES EFFORTS POUR TRAITER LA MALADIE ET PRÉVENIR SA PROPAGATION UNE FOIS LES PRISONNIERS RELÂCHÉS.

33. La répartition des coûts programmatiques était très variable d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays, l'utilisation des services généraux de santé (utilisation des équipements pour les malades hospitalisés et en consultation externe non spécifiquement liée au programme de lutte contre la tuberculose) représentait une grande part de l'ensemble des coûts du traitement DOTS, à une hauteur médiane de 29 pour cent de l'ensemble des coûts par patient.

34. Entre 2003 et 2008, les coûts du traitement DOTS par patient ont fluctué d'une année à l'autre dans la plupart des pays, en partie à cause des variations dans les dépenses des programmes, notamment les coûts d'investissement. Par exemple, en 2003, l'Éthiopie a utilisé le soutien initial du Fonds mondial pour acheter des biens d'équipement substantiels. En général, le coût par patient a eu tendance à augmenter légèrement tous les ans dans les 22 pays, d'une valeur médiane de 4 pour cent par an.

35. Ces coûts unitaires seront communiqués aux pays et au Comité technique d'examen des propositions (TRP) par le Secrétariat du Fonds mondial, dans le cadre de l'exercice d'analyse comparative visant à permettre aux pays d'examiner les secteurs où l'efficacité peut être améliorée. Les importantes variations avérées donnent à penser qu'il faut encore réduire les coûts des programmes, particulièrement dans le secteur de la prestation de services.

3.3.2 THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE : COÛT DU TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE CHEZ LES ADULTES

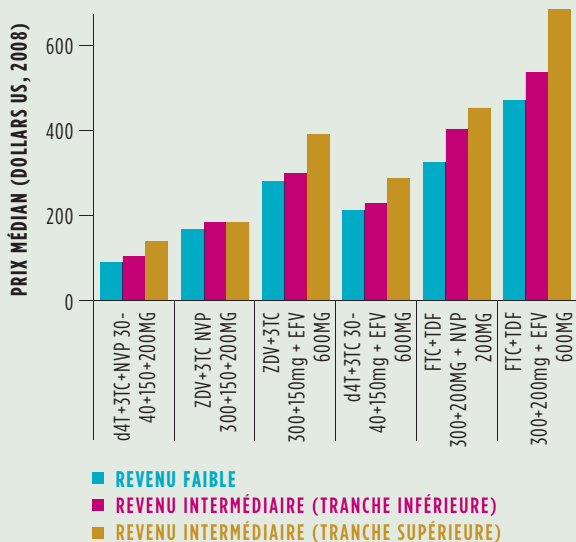
36. Pour obtenir des données relatives aux coûts des traitements ARV, le Fonds mondial applique une approche par étape centrée sur les prix que les pays payent pour les médicaments ARV. En 2010, il appliquera une méthode visant à mesurer systématiquement les composants de coût supplémentaire, tels que les services de laboratoire et l'affectation de personnel sanitaire, afin de parvenir à une meilleure estimation des coûts relatifs au traitement ARV.

37. En 2008, le prix global médian des médicaments généralement utilisés dans tous les pays disposant de programmes financés par le Fonds mondial était de 188 dollars US (EIQ: 171-209 dollars US). Le prix médian augmentait en même temps que le niveau de revenu national (Figure 3.2).

38. Le prix médian de tous les traitements de première ligne a chuté en moyenne de 12 pour cent par an entre janvier 2007 et mai 2009 (Figure 3.3). Cela donne à penser qu'à mesure de l'augmentation de la demande globale d'ARV, ces médicaments seront progressivement achetés pour les programmes des pays de façon plus efficace. Il est important de noter, cependant, que les prix des traitements les plus courants diffèrent considérablement, de sorte que le coût réel des ARV dépend du nombre de patients qui utilisent les différents traitements. Entre 2006 et 2009, les pays ont augmenté le recours aux traitements à base d'efavirenz et de tenofovir, plus efficaces mais plus chers, et ont commencé à abandonner l'utilisation du stavudine (d4T), en conformité avec les recommandations de traitement de l'OMS de 2009 (30). En conséquence, en dépit du prix décroissant des différents médicaments, le coût moyen des médicaments de première ligne par patient est demeuré stable (Figure 3.3).

39. Outre le coût des traitements ARV, les autres coûts générés par la prescription du traitement ARV sont les services de laboratoire, le personnel médical, l'infrastructure, le suivi et l'évaluation, la gestion des programmes et les frais généraux. Selon un examen approfondi des coûts des programmes choisis, entre 2001 et 2009, ces coûts étaient en moyenne d'environ 350 dollars US, 450 dollars US et 500 dollars US par patient et par an respectivement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure et tranche supérieure). (17-23). L'addition de ces coûts estimés aux prix du traitement ARV spécifique aux pays permet de calculer le coût médian global par année et par patient.

FIGURE 3.2 PRIX PAYÉS POUR LES MÉDICAMENTS D'UN TRAITEMENT ARV DE PREMIÈRE LIGNE POUR ADULTE, PAR NIVEAU DE REVENU NATIONAL



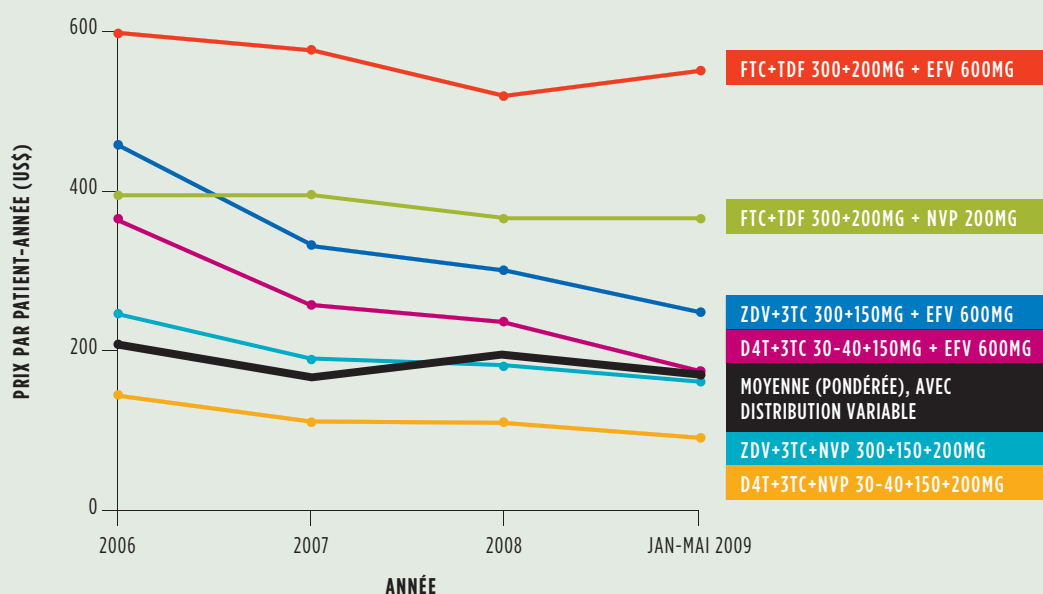
Notes : Les prix sont médians dans les 103 pays soutenus par le Fonds mondial, mais incluent tous les approvisionnements relatifs aux programmes nationaux de lutte contre le sida, indépendamment de leur financement, comprenant les ressources du Fonds mondial, les ressources nationales, celles du PEPFAR et d'autres sources. Pour les différents traitements et années, entre 4 et 70 pays ont communiqué des données, représentant un total de 8 069 commandes, et un montant total de 614 millions de dollars US, entre 2006 et 2008. Les niveaux de revenu des pays sont basés sur la classification de la Banque mondiale de 2008 (9). Comparées aux estimations des pays de l'ONUSIDA sur les patients sous traitement ARV, ces données relatives à l'approvisionnement couvrent 67 pour cent du volume d'approvisionnement total estimé d'ARV dans les pays à revenu faible et intermédiaire, fin 2008. (27).

Les prix communiqués par les pays variaient selon qu'ils intégraient ou non les frais relatifs au fret/transport, à l'assurance, à la manutention, etc. ; les systèmes de communication de données ne séparent pas ces différents composants des prix. Par conséquent, les analyses n'ont pas été ajustées aux différentes définitions des prix selon les pays, ce qui peut représenter une différence allant jusqu'à 15 pourcent du prix (28, 29).

Abbreviations : 3TC : lamivudine ; d4T : stavudine ; EFV : efavirenz ; FTC : emtricitabine ; NVP : nevirapine ; TDF : tenofovir ; ZDV : zidovudine.

Source : Données relatives à l'approvisionnement des pays, communiquées au système d'informations sur les prix et la qualité du Fonds mondial et au système de rapport de prix global de l'OMS pour l'année 2008 (6, 10).

FIGURA 3.3 PRIX PAYÉS POUR LES TRAITEMENTS ARV DE PREMIÈRE LIGNE AU FIL DES ANNÉES



Notes : Les moyennes évaluent les prix de six traitements selon leur part de patients au niveau mondial, en utilisant des données de répartition des traitements de 2006, 2007 (31) et des données de 2008 (32) (épaisse ligne noire).

Abréviations : 3TC : lamivudine ; d4T : stavudine ; EFV : efavirenz ; FTC : emtricitabine ; NVP : nevirapine ; TDF : tenofovir ; ZDV : zidovudine.

40. Sur la base de ces estimations, en 2008, le coût médian global du traitement ARV de première ligne des programmes du Fonds mondial s'élevait à environ 588 dollars US par année et par patient (EIQ : 571-609 dollars US) : 526 dollars US dans les pays à faible revenu, 645 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et 740 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure).

3.3.3 THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE : COÛT DU TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE CHEZ L'ADULTE

41. Afin d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement et des options thérapeutiques disponibles, les personnes mettant en place les subventions sont encouragées à investir dans le soutien à l'observation du traitement de première ligne. Suivre un traitement à vie, impliquant de prendre des médicaments quotidiennement, entraînant des effets secondaires potentiels, pose de nombreux défis qui doivent être relevés si l'on veut que les patients restent sous traitement. Si une résistance au médicament se produisait en raison de l'absence de suivi d'un traitement ARV, une thérapie de deuxième ligne beaucoup plus chère pourrait être nécessaire.

42. En 2008, le prix médian des six traitements ARV combinés de deuxième ligne, généralement utilisés pour le traitement des adultes était de 982 dollars US par an et par patient (EIQ : 858-1 413 dollars US) : 870 dollars US dans les pays à faible revenu, 1 176 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et de 2 439 dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure).

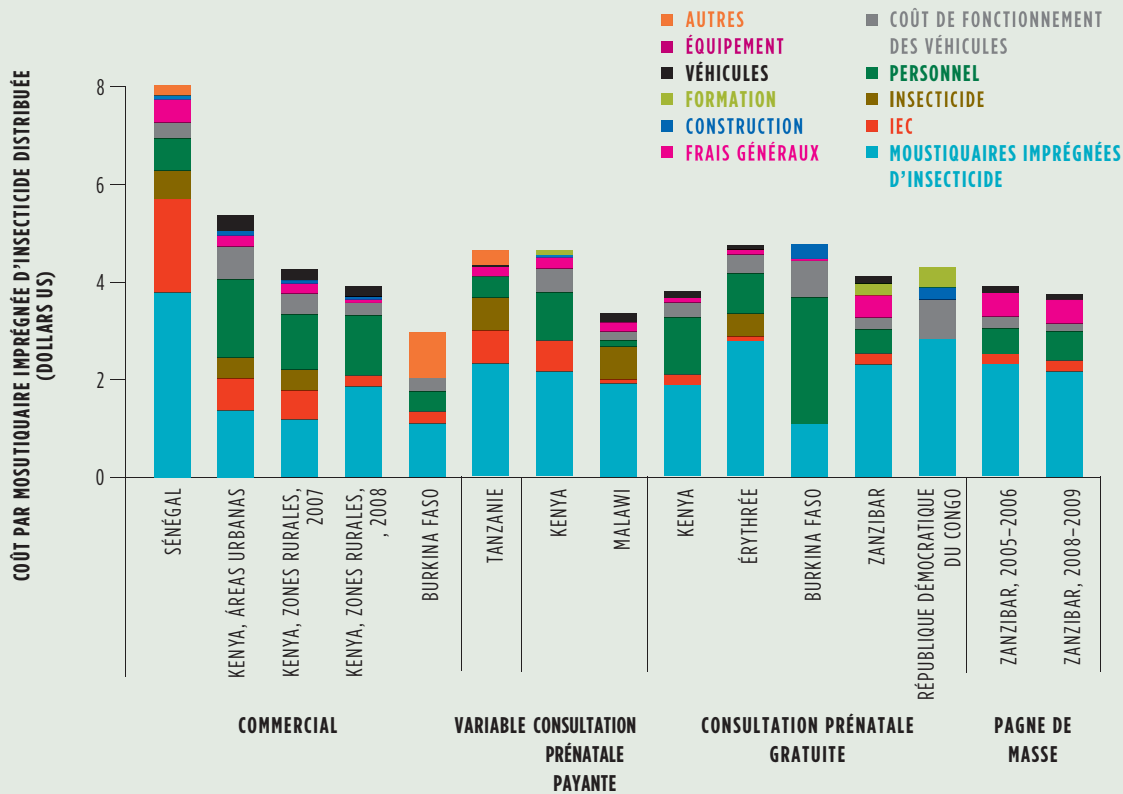
43. En supposant que les coûts fixes non médicamenteux soient les mêmes que pour le traitement de première ligne, le coût global du traitement ARV de deuxième ligne serait approximativement de 1 382 dollars US (EIQ : 1 258-1 813 dollars US) par année de traitement et par patient.

3.3.4 THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE : COÛT MOYEN GLOBAL PAR PATIENT ADULTE

44. Si, en moyenne, 3 pourcent des adultes sous traitement ARV nécessitaient des traitements de seconde ligne (32), le coût moyen général par année et par patient serait d'environ 612 dollars US (EIQ : 591-645 dollars US) en 2008. Ces évaluations sont en conformité avec les données de dépense communiquées pour les programmes nationaux de lutte contre le VIH, qui rendent compte des progrès vers la réalisation de la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida (Rapport de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS)) pour l'année 2007 (24, 25).

45. Les dépenses incluses dans les rapports de l'UNGASS suggèrent que l'âge et la taille du programme a une incidence sur le coût du traitement ARV par année et par patient, comme cela a également été démontré pour les services de prévention du VIH (33). Les pays ayant un plus petit nombre de patients tendent à avoir des prix de revient unitaires plus élevés. Cela peut s'expliquer par le fait que le traitement ARV entraîne des coûts d'investissement élevés (infrastructure, formation et équipement) pendant la phase de démarrage d'un programme, alors que quelques patients seulement sont traités, et également par le fait que les prix et les coûts des médicaments tendent à baisser lorsque le volume de l'approvisionnement est plus élevé.

FIGURE 3.4 COÛT PAR MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DISTRIBUÉE (À LA FOIS CONVENTIONNELLE ET DE LONGUE DURÉE), SELON LE CANAL DE DISTRIBUTION



Note : les coûts représentent les coûts économiques (annualisés)

Abréviations : ANC : Consultation prénatale ; IEC : information, éducation et communication, MTI : mosquitos tratados con insecticida.

Sources : (11-14).

3.3.5 MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE CONVENTIONNELLES ET DE LONGUE DURÉE

46. Dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, des données sur les dépenses programmées par secteur de services fournis ont été communiquées au Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS en 2009. Cela permettra de calculer les coûts unitaires pour l'approvisionnement et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à compter de 2010. Pour les années précédentes, les données disponibles portaient principalement sur les prix payés pour la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, élément générant la majorité des coûts.

47. Concernant les 55 pays qui ont communiqué des données sur l'approvisionnement de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le prix médian a baissé au fil du temps, passant de 5,7 dollars US en 2004 (EIQ : 5,2-7,0 dollars US) à 5,3 dollars US en 2009 (EIQ : 4,8-5,8 dollars US). En ce qui concerne les moustiquaires conventionnelles, exigeant un traitement régulier à l'insecticide, aucune tendance n'apparaissait clairement dans le faible nombre de rapports sur les prix, où le prix médian global entre 2004 et 2007 était approximativement de 3,6 dollars US (EIQ : 2,2-5,4 dollars US).

Aucun approvisionnement de moustiquaires imprégnées d'insecticide conventionnelles n'a été réalisé après 2007, en conformité avec la recommandation de l'OMS de distribuer seulement les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée qui sont les plus rentables. Ces chiffres sont basés sur les approvisionnements enregistrés s'élevant à 51 millions et 4,6 millions d'achats de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée et de moustiquaires imprégnées d'insecticide conventionnelles, respectivement, de 2004 à novembre 2009 (10). Ces achats représentent environ 35 pour cent du total estimé des achats mondiaux (34).

48. Selon plusieurs études approfondies des coûts des programmes, qui ont été conduites en Afrique subsaharienne, ce sont les moustiquaires imprégnées d'insecticide qui génèrent les coûts les plus élevés. Les modèles de coût ne varient pas uniformément selon le canal de distribution (11-14). D'autres coûts, tels que la distribution, les activités de communication, et la gestion de programme, augmentent généralement les coûts jusqu'à 2,0 dollars US par moustiquaire distribuée (EIQ : 1,7-3,4 dollars US, Figure 3.4). En conséquence, en 2008, le coût global médian par moustiquaire imprégnée d'insecticide distribuée en Afrique subsaharienne s'élevait à environ 7,3 dollars US (EIQ : 6,8-7,8 dollars US).

3.4 MAXIMISER L'IMPACT : RENTABILITÉ ET RETOUR SUR INVESTISSEMENTS ÉCONOMIQUES

49. Le Fonds mondial cherche à maximaliser la rentabilité des interventions qu'il soutient pour obtenir des résultats donnés pour la santé, depuis la phase de sélection des propositions par le Comité technique d'examen des propositions jusqu'à l'évaluation des coûts unitaires des services qui permettra d'évaluer la rentabilité propres à chacun des pays. Les recherches et les évaluations montrent que les interventions liées aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, ACT, traitements DOTS et à la prévention du VIH sont très rentables dans les milieux à revenu faible et intermédiaire (11, 13, 21, 23, 35-42). Les traitements ARV et le traitement de la tuberculose multi-résistante sont un peu moins rentables, mais essentiels à la riposte complète. En investissant dans les interventions les plus rentables (par exemple, la prévention) dès maintenant, on pourra aussi économiser des ressources à long terme puisque la nécessité d'interventions plus chères, comme le traitement, sera d'autant plus réduite.

50. En ce qui concerne les interventions liées aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, aux traitements DOTS et ARV, les estimations des coûts unitaires des programmes financés par le Fonds mondial, présentées dans le Tableau 3.3, sont conformes aux hypothèses posées dans les analyses de rentabilité, et cela confirme la rentabilité de ces interventions dans la plupart des programmes financés par le Fonds mondial.

51. Outre le fait de contribuer aux objectifs du Millénaire pour le développement, les interventions soutenues offrent d'autres avantages annexes importants pour les économies nationales. Selon la Commission de l'OMS « Macroéconomie et Santé », des investissements importants dans le domaine de la santé pourraient conduire à un retour direct de plus de huit fois l'investissement réalisé par an (43). Les retours sur investissement les plus importants pour répondre au VIH, la tuberculose et le paludisme sont entre autres les suivants :

- Réduction des frais de soins de santé directs grâce à l'efficacité des diagnostics, de la prévention et des traitements, réduction des cas et des hospitalisations ;
- Réduction de la charge sur le système de santé au fil du temps, grâce à la réduction de la mortalité chez les professionnels de santé et la réduction de la charge des patients hospitalisés et en consultation externe pour ces maladies ;
- Contributions microéconomiques, par exemple, la réduction de l'absentéisme, des frais de recrutement, une productivité accrue de la main-d'œuvre et l'augmentation des revenus des ménages ;

- Contributions macroéconomiques au développement économique et humain.

52. Des économies directes au sein du système de santé ont été constatées grâce aux investissements dans les programmes spécifiques aux maladies. En Afrique du Sud, par exemple, le coût mensuel du système de santé a diminué à mesure de l'augmentation du suivi des traitements ARV (44). La prévention efficace du paludisme a fait baisser la demande de traitements, par exemple, dans les programmes financés par le Fonds mondial au Rwanda et en Éthiopie (45).

53. Les avantages plus généraux pour les systèmes de santé des programmes efficaces de lutte contre les maladies sont la capacité accrue des établissements tant hospitaliers que de consultations externes et une amélioration des capacités de travail des professionnels de santé. Au Rwanda, la prévention efficace du paludisme a entraîné une baisse de 56 pour cent des cas de paludisme en milieu hospitalier, et cela a permis de libérer des lits à l'hôpital (45). Le traitement ARV financé par le Fonds mondial au Malawi a permis de libérer 1 000 journées par semaine pour les professionnels de santé dans le système de soins de santé, grâce au maintien en vie du personnel séropositif (46).

54. Au niveau microéconomique, les dollars dépensés pour les interventions de lutte contre les maladies – notamment le traitement ARV et la lutte contre le paludisme – ont généré des retours économiques sous la forme d'une meilleure efficacité des travailleurs, d'une réduction de l'absentéisme au travail et d'une réduction des frais de recrutement et de nouvelles formations pour les employeurs (36, 47, 48). Par exemple, au Cambodge, l'intensification rapide des traitements ARV a fait doubler le nombre de personnes vivant avec le VIH qui travaillent à temps plein (49). La mise en œuvre du programme de lutte contre le VIH financé par le Fonds mondial au Malawi a entraîné une baisse de l'absentéisme des travailleurs de 40 pour cent (50), et a permis le recrutement et le maintien en vie et dans leurs classes de 1 850 enseignants à la fin du mois de septembre 2006 (51).

55. Les investissements dans le domaine de la santé publique peuvent conduire à stabiliser les ménages. Le traitement ARV prolonge la vie des parents vivant avec le VIH, ce qui leur permet de prendre soin de leurs enfants tout en permettant aux enfants, qui peuvent eux-mêmes bénéficier du traitement ARV (52), de rester à l'école. Chaque année en Inde, plus de 300 000 enfants quittent l'école pour faire des tâches domestiques ou un travail générateur de revenu, car leurs parents souffrent de la tuberculose (53).

56. Le retour macroéconomique potentiel sur les investissements dans le domaine de la santé pour les pays est important. En investissant stratégiquement dans ce domaine, les pays contribuent au développement de leur économie et à l'OMD 1 (« réduire l'extrême pauvreté et la faim »). Les comparaisons internationales et la modélisation des études donnent à penser que :

- Le paludisme réduit la croissance économique jusqu'à 1,3 pour cent dans les pays où la maladie est endémique (36).
- Le sida réduit la croissance nationale du produit intérieur brut d'environ 2,6 pour cent dans les pays à haute prévalence du VIH en Afrique subsaharienne (47). Sur une période de 20 ans, une croissance réduite de 2,6 pour cent par an entraîne la réduction du produit intérieur brut de près de 67 pour cent par rapport à ce qu'il aurait dû être en l'absence du sida.
- L'intensification de la mise en œuvre de la stratégie DOTS selon le Partenariat Halte à la tuberculose, générerait un gain économique de 1,6 milliard de dollars US dans les seuls 22 pays lourdement touchés par la tuberculose. En Afrique subsaharienne, les avantages économiques dépasseraient de dix fois les coûts initiaux dans un délai de dix ans, malgré les défis que pose la co-infection VIH/tuberculose (54). Les avantages potentiels sociétaux de mise en œuvre de la stratégie DOTS en Inde s'élèveraient à 4 pour cent du produit intérieur brut (38).

57. En investissant stratégiquement dans le domaine de la santé, les programmes soutenus par le Fonds mondial ont la capacité de renforcer les économies en développement. Les premiers signes des programmes sélectionnés montrent que ces actions génèrent des rendements économiques qui peuvent, à plus long terme, compenser partiellement ou même entièrement les coûts actuels et étendre considérablement la valeur des investissements au-delà de leur rentabilité de base (55).

58. Plus de 50 pour cent des décaissements du Fonds mondial ont eu lieu au cours des deux dernières années, et les derniers cycles de financement (Séries 8 et 9) contribuent à une réponse plus globale dans les pays. La totalité des retours économiques et des avantages de développement de ces programmes deviendront de plus en plus manifestes à mesure des investissements réalisés pour la période 2010-2015.

3.5 LA VOIE À SUIVRE : CONTINUER À AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE L'AIDE ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

59. Les évaluations initiales de l'efficacité de l'aide et de l'optimisation des ressources ont identifié des opportunités importantes pour améliorer les résultats du programme, et le Fonds mondial et ses partenaires soutiennent les actions des pays dans ces domaines. Le fonctionnement du Fonds mondial reposera de plus en plus sur les évaluations des coûts unitaires des interventions clé intégrées dans l'évaluation et le suivi des systèmes de santé.

60. Alors que les pays ont tendance à utiliser les traitements ARV, plus efficaces mais aussi plus chers, tel que recommandé par l'OMS pour le traitement de première ligne(30), le coût par personne des traitements ARV pourrait augmenter dans les années à venir, malgré la baisse des prix des médicaments individuels. Accroître l'utilisation du traitement de seconde ligne peut se répercuter sur le coût médian du traitement par patient. Cette perspective souligne l'importance de combiner l'évaluation des coûts avec une évaluation de la qualité des services, pour déterminer si une stratégie ou une intervention donnée est justifiée par des résultats pour la santé et par les coûts, mais souligne aussi l'importance d'investir dans des activités visant à améliorer l'observation des traitements de première intention.

61. Les données sur les dépenses ordinaires communiquées dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont montré des variations considérables des coûts par patient recevant le traitement DOTS (Figure 3.1), d'après les résultats de plusieurs études approfondies sur les coûts (56-59). Les niveaux de revenu des pays expliquent certaines des variations des coûts unitaires, mais l'hospitalisation pendant le traitement en était un facteur majeur (16). Cela représente un gain d'efficacité potentiel, grâce à la collaboration avec les partenaires et les agents d'exécution.

62. En ce qui concerne les interventions liées aux ARV et moustiquaires imprégnées d'insecticide, les plages complètes des variations de coût doivent encore être déterminées. Les variations observées dans les prix des médicaments et des produits selon le niveau de revenus du pays ont néanmoins déjà indiqué que la comparaison des coûts unitaires devra se faire avec prudence, en tenant compte des contextes propres aux différents pays, tels que les salaires locaux et les circonstances dans lesquelles les programmes sont mis en œuvre.

63. Une utilisation attentive des estimations de coût unitaire permettrait aux pays, aux bénéficiaires des subventions et au Secrétariat du Fonds mondial de comparer les coûts des services, et d'accroître la valeur des investissements en réduisant les frais au niveau atteint dans les pays comparables, sans compromettre la qualité de la prestation de services ou un accès équitable. Cela permettrait ensuite aux gestionnaires de programmes et aux bénéficiaires principaux d'élaborer des mesures globales durables pour les services de prévention, de traitement et de soins et, finalement, de bénéficier de plus de fonds pour la santé tout en générant une meilleure santé pour les mêmes fonds.



AU RWANDA, LE FONDS MONDIAL A FINANCÉ LA MISE EN PLACE D'UNE D'ASSURANCE SOCIALE COMMUNAUTAIRE QUI COUVRE LES ORPHELINS ET LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.

AU NÉPAL, UNE ENFANT SUIT SA SCOLARITÉ AU STAR CHILDREN'S HOME DE POKHARA, FINANCIÈREMENT SOUTENU PAR LE FONDS MONDIAL. LES 15 ENFANTS QUI BÉNÉFICIENT DE SOINS À DOMICILE VIVENT TOUS AVEC LE VIH.



A vertical photograph on the left side of the page shows a mountain landscape. In the foreground, a metal pot sits on a ledge. The background features a valley with a river and distant mountains under a clear sky.

4. APPRENDRE ET INNOVER

« Le Fonds mondial n'offre pas seulement une tribune où nous créons des partenariats, c'est également un endroit où nous avons vraiment pu le faire différemment – pour établir les plans d'intervention et apprendre. Plus que toute autre chose, peut-être est-ce là où nous apprenons à écouter. »

— SIGRUN MÖGEDAL
AMBASSADEUR POUR LE VIH/SIDA, NORVÈGE,
LORS DU 3ÈME FORUM DE PARTENARIAT, 2008

1. Le Fonds mondial s'est engagé à continuer de répondre aux demandes des pays et d'améliorer l'efficacité de ses opérations et celle de ses investissements. Il tire des enseignements de chacune des subventions qu'il accorde et du fonctionnement du Secrétariat, des évaluations, des enquêtes menées par le Bureau de l'Inspecteur général et de ses partenariats. Chacun de ces points est discuté ci-après.

4.1 TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES SUBVENTIONS ET DES OPÉRATIONS DU SECRÉTARIAT

2. **Tirer les enseignements du cycle de vie des subventions.** Le processus d'octroi des subventions du Fonds mondial a intégré des mécanismes de retour d'information qui lui permet de se perfectionner et de s'améliorer continuellement. Le processus d'octroi des subventions commence par l'élaboration de projets par les pays, avec le soutien des partenaires techniques. Ensuite, le Comité technique d'examen des propositions (TRP)¹⁰ évalue ces propositions d'après leur intérêt technique. Des précisions, donnant suite aux commentaires du TRP, sont ensuite apportées avant la formulation de recommandations au Conseil d'administration du Fonds mondial pour l'approbation du financement. Une fois approuvées, les subventions sont gérées et mises en œuvre par les Récipiendaires principaux (voir la figure 4.1). La mise en œuvre est étroitement suivie par une approche de financement axé sur les résultats, et des examens approfondis ont lieu après 18 à 24 mois de fonctionnement (évaluation en vue de la phase 2), qui conduiront aux décisions pour le financement de trois années supplémentaires. Pour le partenariat du Fonds mondial, chaque étape du cycle de vie de la subvention est une occasion d'apprendre et d'innover.

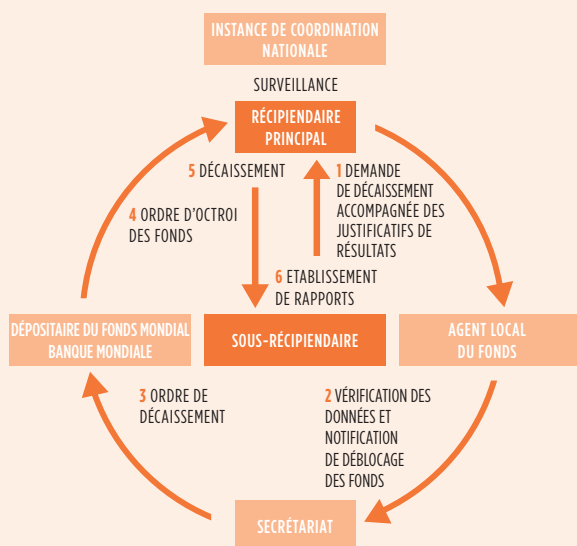
3. **Elaboration des propositions.** Les Instances de coordination nationales (CCM) ont la responsabilité de préparer et de soumettre les propositions en vue de l'octroi de subventions ; un tel processus offre des opportunités d'apprentissage à la fois au pays et au Fonds mondial. Par exemple, les pays apprennent lors de l'examen de leurs programmes nationaux de lutte contre les maladies ayant pour objectif d'identifier les progrès, les lacunes et les contraintes sur la base desquels seront élaborées les propositions pour obtenir une subvention. Les pays apprennent également à l'occasion des actions qu'ils mènent conjointement avec la société civile, le secteur privé et les communautés touchées, dans le cadre de l'élaboration des propositions. Des partenaires techniques tels que le Partenariat « Halte à la tuberculose », le Partenariat « Faire reculer le paludisme » et l'ONUSIDA ont mobilisé leurs ressources pour aider les pays à préparer des propositions techniquement solides (voir la section 2.3.1).

4. Le Secrétariat du Fonds mondial perfectionne ses politiques et directives en fonction des enseignements tirés des propositions et recommandations formulées par le Comité technique d'examen des propositions (TRP). Parmi les contributions importantes et enseignements tirés de l'élaboration des propositions figure l'introduction du financement à double voie de 2008 (voir la section 4.4) et d'éléments transversaux pour le renforcement des systèmes de santé, dans les propositions relatives aux subventions. Pour refléter les politiques du Conseil d'administration et les orientations du TRP, le Secrétariat du Fonds améliore continuellement les lignes directrices relatives à l'élaboration des propositions.

5. **Examen des propositions.** Le grand nombre de propositions examinées par le **Comité technique d'examen des propositions (TRP)** est une source d'informations comparatives précieuse qui permet d'identifier les points forts et les faiblesses des propositions soumises. Le TRP adresse un retour d'information par écrit aux demandeurs, qui peut servir à améliorer les fondements techniques des propositions et programmes ultérieurs. En même temps, les besoins du pays sont identifiés – par exemple, la nécessité de simplifier à l'avenir la procédure de soumission des propositions, qui est devenue trop onéreuse pour certains pays. Les recommandations émanant des rapports du **Comité technique d'examen des propositions (TRP)** ont mis en lumière plusieurs innovations et réformes majeures du Fonds mondial (voir le tableau 4.1).

6. **Mise en œuvre des subventions.** Au Secrétariat, l'apprentissage et l'amélioration continus se font au travers de la gestion et du transfert des connaissances. Le Secrétariat réunit des informations sur tous les aspects du cycle des subventions, au moyen de fiches d'informations, de directives et autres matériels techniques pertinents, et les rend accessibles au public sur le site web du Fonds mondial. En outre, le Secrétariat

FIGURE 4.1 LE PROCESSUS D'OCTROI DE SUBVENTIONS DU FONDS MONDIAL



¹⁰ Le Comité technique d'examen des propositions (TRP) est un groupe indépendant constitué d'experts internationaux dans les domaines de la santé et de l'investissement, mis en place par le Conseil d'administration du Fonds mondial pour examiner les demandes de subvention selon des critères techniques, et pour faire des recommandations de financement au Conseil d'administration.

s'attend à ce que le système renforcé d'établissement de rapports financiers, et la mise en place récente d'une plate-forme de connaissances, facilitent l'accès facile et rapide aux dernières informations sur les opérations conduites par le Fonds mondial. En vue d'améliorer ses propres procédures et de faciliter la planification, le Secrétariat a créé des groupes de travail et des groupes thématiques dans des domaines tels que la qualité des données, l'égalité des sexes, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, la réduction des risques, le renforcement des systèmes de santé, et la signature des subventions.

7. Examens en vue de la phase 2. Le processus d'examen visant à la phase 2 constitue un point important de réflexion et d'apprentissage sur le cycle de vie d'une subvention. Les pays font le point sur les résultats de leurs subventions après 18 à 24 mois, et élaborent des propositions révisées pour les trois années suivantes. Un comité chargé de la phase 2, comprenant des représentants de groupes divers du Secrétariat du Fonds mondial, évalue les propositions pour la phase 2, afin de déterminer si les fonds sont dépensés avec efficacité, si les programmes sont bien gérés et atteignent les objectifs fixés, et si les financements demandés sont justifiés. Sur la base de cette évaluation, le TRP fait des recommandations pour examen par le Conseil d'administration qui prend les décisions de financement. Le processus de la phase 2 offre aux pays l'occasion de remédier aux faiblesses et de perfectionner les stratégies visant à intensifier les interventions. Quelques subventions qui ne produisaient pas de bons résultats ont été suspendues.

8. Examen par le Secrétariat des indicateurs de résultats-clés. L'examen des indicateurs de résultats-clés représente pour le Fonds mondial une autre source importante d'apprentissage (1). Ces indicateurs et les cibles qui leur sont associées, permettent une évaluation approfondie des différents aspects des performances du Fonds mondial :

- performance opérationnelle du Secrétariat (mobilisation des ressources, efficacité administrative, gestion du portefeuille et initiatives spéciales) ;
- résultats des subventions (réalisations programmatiques incluant le renforcement des systèmes de santé publics et communautaires ; performance du portefeuille de subventions du Fonds mondial) ;
- efficacité (efficacité de l'aide, transparence et responsabilité, renforcement global des systèmes de santé et communautaires) ; et
- impact (les succès du Fonds mondial, ses partenaires et l'assistance aux pays dans leur lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement).

9. Le Conseil d'administration, grâce à ses comités PSC (Politique et Stratégie) et PIC (Portefeuille et mise en œuvre), examine tous les six mois les résultats du Secrétariat au travers des indicateurs de résultats-clés et des cibles qui leur sont associées. Cet examen interne de l'état d'avancement, des réalisations et des défis, donne la possibilité au Fonds mondial d'apprendre et de perfectionner régulièrement ses stratégies ; de se concentrer sur les moyens d'améliorer les résultats des subventions, sur l'efficacité globale et l'impact du Fonds mondial.

TABLEAU 4.1 EXEMPLES D'INNOVATIONS ET DE RÉFORMES ACTUELLEMENT MISES EN ŒUVRE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS DU COMITÉ TECHNIQUE D'EXAMEN DES PROPOSITIONS (TRP)

PROBLÈMES	RECOMMANDATIONS	RÉPONSE
La gestion des systèmes d'approvisionnement et de la fourniture des produits de santé constitue des contraintes majeures à l'amélioration des performances.	Lever les principaux « goulets d'étranglement » des approvisionnements, par exemple, en assurant la transparence et l'efficacité des dépenses dans le processus d'approvisionnement, et en réduisant les délais et les retards entre l'approvisionnement et la distributions.	Introduction de l'approvisionnement groupé volontaire et de la mise en commun des programmes de renforcement des compétences (voir la section 4.1).
Les stratégies nationales existantes sont de qualité variable, et les programmes financés par les donateurs ne sont souvent pas alignés sur les cycles nationaux de planification.	Soutenir les stratégies solides, inclusives, et dirigées par les pays eux-mêmes et améliorer l'alignement sur les programmes et les cycles de planification nationaux.	Mise au point de la première vague de demandes au titre des stratégies nationales (voir la section 4.5).
Complexité croissante des subventions du Fonds mondial, conduisant à : - une fragmentation de la planification des ressources selon les projets ; - des subventions multiples pour la même maladie ; - des budgets et cadres d'exécution multiples; et - selon les subventions, des calendriers différents pour les examens en vue de la phase 2.	Simplifier la gestion et la mise en œuvre des subventions pour les agents d'exécution des programmes et le Secrétariat. Réduire le coût relatif aux rapports financiers périodiques et aux décaissements. Soutenir les programmes nationaux.	Mise en application de la nouvelle architecture des subventions, conçue pour mettre en place une voie unique de financement par maladie et Récepteur principal, et un cycle d'examen et d'engagement tous les trois ans(voir section 4.4).
Les examens des résultats des subventions existantes pour la phase 2, sont centrés sur les subventions spécifiques plutôt que sur la situation générale du pays.	Améliorer le financement axé sur les résultats, grâce à un examen plus transparent et holistique des activités financées dans le pays par le Fonds mondial.	Revoir la procédure introduite en 2010. pour les comptes rendus de résultats et la phase 2.

4.2 APPRENDRE AU TRAVERS DES ÉVALUATIONS

10. En 2003, le Conseil d'administration du Fonds mondial a créé le TERG (Groupe technique de référence en évaluation) afin qu'il puisse donner des estimations et des avis techniques indépendants sur le travail du Fonds mondial en matière de suivi et d'évaluation. Ce Groupe technique est constitué de neuf membres nommés par le Conseil et de quatre membres ex-officio, de l'OMS, de l'ONUSIDA, du Partenariat « Faire reculer le paludisme » et du Secrétariat du Fonds mondial, représentant un large éventail de disciplines appropriées pour le suivi et l'évaluation. Dernièrement, ce Groupe a supervisé l'évaluation de la cinquième année de fonctionnement du Fonds mondial.

11. *Évaluation des cinq années de fonctionnement.*

En 2006, le Conseil du Fonds mondial a approuvé une évaluation complète extérieure de sa performance globale, au regard de ses objectifs et de ses principes après cinq années de fonctionnement (c'est-à-dire, après l'achèvement total des premiers cycles de subvention). Le Conseil d'administration a demandé au Groupe

technique de référence en évaluation (TERG) de superviser la conception et la mise en œuvre de cette évaluation, et de présenter le rapport final de synthèse au Conseil d'administration en mai 2009.

12. Selon l'évaluation au bout de 5 ans de fonctionnement, le Fonds mondial a contribué de façon significative à la réalisation de ses objectifs initiaux (2). Les conclusions indiquent que le Fonds mondial a mobilisé et mis à disposition d'importants montants de financement pour les pays, dans un laps de temps relativement court, et qu'il apporte une contribution importante à l'intensification des interventions clés de prévention et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'au renforcement des systèmes de santé existants.

13. L'évaluation a également identifié d'importants défis à relever en matière de politique et de stratégie, auxquels il faut s'attaquer (voir le tableau 4.2). Le Secrétariat a examiné soigneusement plus de 100 recommandations, et a élaboré des mesures de gestion, notamment un ensemble de stratégies et d'actions assorties de calendriers de réalisation, aux fins d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de ses opérations. En outre, le Conseil d'administration a mis en place un sous-comité du PSC pour suivre les recommandations de l'évaluation (voir tableau 4.2).

TABLEAU 4.2 RECOMMANDATIONS-CLÉS DE L'ÉVALUATION DES 5 ANS DE FONCTIONNEMENT (2) ET MESURES PRISES PAR LE SECRÉTARIAT DU FONDS MONDIAL

RECOMMANDATION	MESURE PRISE
MOBILISATION DES RESSOURCES	
Remédier aux problèmes de pérennité, viabilité, prévisibilité et complémentarité des financements à venir	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une stratégie de mobilisation des ressources afin de diversifier les sources de financement • Mesures prises pour faire des économies dans la gestion du portefeuille de subventions et dans celle du Secrétariat • Constitution de groupes de travail pour remédier aux problèmes générés par la différence entre l'offre et la demande de ressources.
PORTE-FEUILLE D'INVESTISSEMENTS DU FONDS MONDIAL	
Comblent les insuffisances du portefeuille d'investissements pour progresser vers l'accès universel à des interventions contre le sida, la tuberculose et le paludisme, renforcer davantage les systèmes de santé, et améliorer l'équité et l'égalité des sexes	<ul style="list-style-type: none"> • En collaboration avec les partenaires, revoir le portefeuille d'investissements pour y identifier les insuffisances • Collaborer avec les CCM, les Récipiendaires principaux et les partenaires, pour reprogrammer les subventions existantes afin de combler les insuffisances de services
MODÈLE D'ENTREPRISE DU FONDS MONDIAL	
Mettre au point une stratégie d'entreprise qui concilie les tensions internes dans le respect des principes fondateurs du Fonds mondial, et perfectionner le système de financement en fonction des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Examen par le Conseil d'administration des principes du Fonds mondial pour faire face aux tensions émergentes • Introduction d'une nouvelle méthode de classification pour l'octroi des subventions
MECANISME D'ÉLABORATION DES SUBVENTIONS	
Simplifier l'architecture des subventions et innover	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la première vague d'apprentissage liée à l'application des stratégies nationales • Approbation par le Conseil d'administration d'une révision de l'architecture des subventions afin d'instituer une seule voie de financement, par Récipiendaire principal et par maladie
CONSTRUIRE UNE ORGANISATION EFFICACE ET EFFICIENTE	
Améliorer l'efficacité et l'efficacités du Fonds mondial	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration du Secrétariat pour améliorer ses ressources humaines et l'efficacité de son fonctionnement • Donner la priorité aux systèmes jouant un rôle essentiel et débiter leur mise en œuvre (tels que le déploiement des techniques d'information, le renforcement de l'approvisionnement, l'amélioration de la communication interne et externe) • Mise en place d'un cadre de gestion des risques



EN ÉGYPTE, LE FONDS MONDIAL SOUTIEN LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. LE PAYS A RÉUSSI À ATTEINDRE LES CIBLES GLOBALES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ET DE TRAITEMENT AVEC SUCCÈS DES CAS.

14. L'évaluation des cinq années de fonctionnement a également recommandé au Fonds mondial et à ses partenaires de procéder à des évaluations fréquentes, rigoureuses et continues du modèle d'entreprise, des programmes nationaux de lutte contre les trois maladies et de renforcement des systèmes de santé, plutôt que de se lancer tous les cinq ans dans des évaluations multi-pays à grande échelle.

15. Pour donner suite à ces recommandations, le Secrétariat met actuellement au point une approche systématique de l'évaluation, de l'élaboration et de la génération de connaissances et de l'apprentissage, et œuvre avec ses partenaires techniques clés et les pays pour assurer un suivi continu des programmes qu'il finance, notamment des évaluations annuelles dans cinq à sept pays. Ces évaluations contribueront à :

- améliorer la collecte des informations sanitaires des pays et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation de ces données, ainsi que les capacités analytiques et le recours à l'expérience pour la gestion des programmes ;
- identifier les structures de prestation de services les mieux adaptées qui permettraient d'étendre efficacement les services liés à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ;
- mesurer l'impact épidémiologique et sur les systèmes de santé engendré par les investissements du Fonds mondial.

16. Le Fonds mondial fait appel à des évaluations indépendantes pour compléter ses propres évaluations et celles conduites par les pays partenaires. Le Conseil d'administration, ses comités, l'équipe de direction du Secrétariat et le TERG (Groupe technique de référence en évaluation), décident annuellement de l'orientation de ces évaluations.

17. Le Fonds mondial respecte les principes fondamentaux suivants dans la conduite des évaluations :

- Constituer un processus d'apprentissage conjoint, comprenant des responsabilités mutuelles.
- Utiliser les systèmes existants.
- S'aligner sur les cycles de gestion des pays.
- Créer la capacité institutionnelle.
- Développer les compétences des membres des diverses équipes.
- Utiliser des instruments normalisés permettant de faire des comparaisons entre les pays et dans le temps.
- Parvenir à un équilibre entre la rigueur scientifique et la faisabilité.
- S'efforcer d'être objectif.

4.3 TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES ÉTUDES CONDUITES PAR LE BUREAU DE L'INSPECTEUR GÉNÉRAL

18. Le Bureau de l'Inspecteur général a été établi par le Conseil d'administration du Fonds mondial en juillet 2005 et a commencé à opérer en décembre 2005. C'est une entité indépendante du Fonds mondial qui rend directement compte au Conseil d'administration.

19. Sous la direction de l'Inspecteur général, la mission du Bureau de l'Inspecteur général est de garantir au Fonds mondial, en toute indépendance et objectivité des procédures de contrôle bien conçues et efficaces pour gérer les principaux risques ayant une incidence sur les programmes et les opérations du Fonds mondial

20. La portée de l'action de l'Inspecteur général couvre tous les aspects des activités du Fonds mondial.

L'ensemble des systèmes, processus, opérations, fonctions et activités relevant du Fonds mondial peuvent faire l'objet d'examen par l'Inspecteur général. Les activités du Bureau de l'Inspecteur général sont entre autres, la vérification des comptes, l'inspection, et la promotion d'une conduite éthique, la lutte contre la fraude, les enquêtes, la validation de la garantie, et les examens fonctionnels. Dans l'exercice de ses fonctions, l'Inspecteur général a le pouvoir d'accéder à tous les livres et enregistrements conservés par le Fonds mondial, notamment aux enregistrements liés aux subventions accordées par le Fonds mondial, même lorsqu'ils sont conservés par les Récipiendaires principaux, les sous-récipiendaires, les Agents locaux du Fonds ou les sous-traitants de l'Agent local du Fonds, lorsqu'ils ont été autorisés à le faire dans le cadre d'accords applicables. L'Inspecteur général peut chercher à obtenir toute information dont il aurait besoin auprès des membres du personnel impliqué dans les projets du Fonds mondial, et peut leur demander de coopérer lorsque le Bureau de l'Inspecteur général en formule la demande. En outre, il peut demander des conseils professionnels indépendants et garantir la participation de personnes extérieures ayant l'expérience et les compétences pertinentes, lorsqu'il le juge nécessaire.

21. Depuis sa création, le Bureau de l'Inspecteur général, dans l'exercice de son mandat visant à garantir la régularité des processus liés aux subventions et autres processus-clés en la matière, a entrepris un certain nombre d'audits dans les pays et de vérifications des processus au Secrétariat du Fonds mondial. Dans le cadre de son plan de travail 2009, le Bureau de l'Inspecteur général a fait une synthèse des problèmes ressortant des vérifications/examens conduits pour cerner les problèmes les plus fréquemment rencontrés, ainsi que leurs causes probables. Dans un rapport publié en septembre 2009, Ce bureau a formulé un certain nombre de recommandations concrètes visant à renforcer les processus liés aux subventions.

22. Le Secrétariat a mis en place un nouveau système pour renforcer plus avant son approche de gestion des risques. Cela consiste notamment en l'application systématique de son approche et en l'attribution des ressources nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du Bureau de l'Inspecteur général. Le Secrétariat analyse les recommandations de chaque rapport publié par le Bureau et en attribue la responsabilité de l'application dans un délai fixé. L'équipe de Direction en assure le suivi de la mise en œuvre. Par exemple, pour donner suite aux recommandations du Bureau sur les accords de vérifications des comptes des Récipiendaires principaux, le Secrétariat finalise actuellement les principes directeurs relatifs à la vérification des comptes des Récipiendaires principaux.

4.4 APPRENDRE AU TRAVERS DES PARTENARIATS

23. Le Fonds mondial est un partenariat de donateurs des secteurs publics et privés, de gouvernements récipiendaires, d'agences techniques, d'organisations non gouvernementales, d'organismes du secteur privé (notamment les entreprises et les fondations philanthropiques) et des communautés concernées. Cette diversité est reflétée dans la composition du Conseil d'administration et de ses comités, dans celles du Forum de partenariat et des Instances de coordination nationale (CCM).

24. *Instances de coordination nationale (CCM).*

Au niveau national, le CCM incarne les principes du Fonds mondial concernant la représentativité, l'appropriation nationale et les partenariats, au travers de la collaboration avec des parties prenantes multiples. Les CCM comprennent des organisations non gouvernementales, des gouvernements, des agences bilatérales et multilatérales, des institutions universitaires, des sociétés privées et des associations de personnes vivant avec et touchées par les trois maladies.

ENCADRÉ 4.1 LE 3ÈME FORUM DE PARTENARIAT, DAKAR, DÉCEMBRE 2008 (6)

Le 3ème Forum de partenariat avait pour thème principal « *Écouter les voix : un partenariat plus fort et efficace pour un impact soutenu* ». Le Forum a étudié ce thème dans cinq domaines : partenariat et questions de genre (femmes et jeunes filles), partenariat et questions de genre (minorités sexuelles), partenariat et demande, partenariat et coordination, partenariat et mise en œuvre. Le processus s'est achevé par la réunion tenue à Dakar, à laquelle ont participé 500 délégués environ.

Le Forum de partenariat a donné lieu à 28 recommandations, qui servent actuellement de support au Secrétariat, au Conseil d'administration et à ses comités, pour mettre au point de nouvelles stratégies et améliorer l'efficacité du Fonds mondial. Certaines recommandations visent, par exemple, à assurer que les accords de partenariat conclus avec le Fonds mondial comportent une assistance technique et la création de compétences, et que les pays travaillent dans le cadre des stratégies « connaître votre épidémie » et « connaître votre réponse ». Le Forum de partenariat a également demandé au Fonds mondial de mettre en place un cadre de responsabilisation et un plan d'action pour empêcher les mauvaises performances des subventions et pour soutenir celles qui en produisent de bonnes.

25. L'Instance de coordination nationale (CCM) sert d'interface entre la situation nationale et la politique et le financement du Fonds mondial. Grâce à la vaste tribune qu'ils offrent pour le dialogue national, les CCM sont mieux à même d'évaluer les problèmes de mise en œuvre et de recommander les solutions au vu du contexte local. Au travers des échanges réguliers avec le Secrétariat, les gestionnaires des programmes financés et les partenaires du Fonds mondial, les CCM font entendre la voix des communautés locales dans la politique du Fonds mondial.

26. **Forum de partenariat.** Le Forum de partenariat fait partie intégrante de la gouvernance du Fonds mondial ; il a été conçu pour servir de plate-forme à des discussions franches sur les stratégies et les politiques, donnant l'occasion aux parties prenantes – y compris certains acteurs ne participant pas directement à l'action du Fonds mondial – d'apprendre les uns des autres et de débattre avec eux des problèmes qui se posent.

Les objectifs du Forum de partenariat sont de :

- examiner les progrès du Fonds mondial et transmettre un retour d'information ;
- formuler des recommandations sur la stratégie, la politique et les pratiques ; et
- mobiliser et soutenir les engagements politiques à l'égard des actions pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, notamment des financements pérennes et à long terme. (3)

27. Le Forum de partenariat a lieu tous les deux ans. Il comprend des discussions en ligne, des consultations sur certains thèmes traitant de différents événements internes ou externes, et une réunion importante avec les parties prenantes. Les Forums de partenariat se sont tenus à Bangkok en 2004 (4), à Durban en 2006 (5), et à Dakar en 2008 (voir l'encadré 4.1) (6).

4.5 CONTINUER À PRENDRE DE NOUVELLES INITIATIVES ET À INNOVER

28. Depuis le début, le Fonds mondial a cherché à appliquer les innovations-clés en matière de développement, telles que les propositions selon les exigences spécifiques des pays et les financements en fonction des résultats et à les faire évoluer au-delà de ce qu'avaient pu faire auparavant les autres organisations. Le Fonds a continué à prendre de nouvelles initiatives et à introduire d'autres innovations. Certaines de ces initiatives sont résumées dans le tableau 4.3 et décrites ci-après.

29. Pour la première fois, une institution mondiale permet de fixer les objectifs de mobilisation des ressources essentiellement à la demande des pays, en liant l'éligibilité d'une subvention à l'élaboration participative des propositions et au suivi des programmes par les parties prenantes elles-mêmes. L'approche centrée sur les demandes initiées par les pays a encouragé non seulement le secteur public, mais également la société civile, à s'attaquer aux problèmes de santé et aux problèmes des systèmes de santé des pays dont les besoins sont les plus importants : pays à faible revenu, pays affectés par le fardeau d'une ou plusieurs maladies endémiques, et groupes vulnérables, à risque ou marginalisés.

30. La demande à l'initiative des pays permet d'améliorer la planification au niveau national, en commençant le processus par l'estimation des besoins réalisables plutôt que par l'estimation des ressources qui pourraient être disponibles. Ce système a également facilité la planification mondiale des ressources, en introduisant un nouvel élément entre, d'une part, les traditionnelles « estimations des besoins » au plan mondial et pour chaque maladie, et d'autre part, les ressources rendues disponibles par les donateurs individuellement. En introduisant un élément lié à « la demande de haute qualité et pouvant être financée », le processus de demande à l'initiative des pays du Fonds mondial a convaincu les donateurs de mettre sur la table des ressources complémentaires importantes, en leur garantissant un retour sur investissement positif.

31. La réponse aux neuf premières Séries de financement (2000–2009) met en évidence la très forte demande d'assistance dans les pays à revenu faible et intermédiaire, représentant un total de 1 610 propositions éligibles qui seront examinées par le Comité technique d'examen des propositions (TRP).

32. **Financement axé sur les résultats.** En moins de cinq ans, le Fonds mondial a mis en place une plate-forme opérationnelle pour mettre en œuvre le financement axé sur les résultats dans 144 pays. Il a tiré les enseignements de son modèle de financement axé sur les résultats et l'a

progressivement renforcé pour investir dans les systèmes de suivi et d'évaluation, en y incluant les données sur l'impact et l'établissement de rapports consolidés. Ce modèle a été reconnu par l'évaluation des cinq années de fonctionnement et par d'autres évaluations indépendantes comme étant un modèle unique en termes d'innovations et d'échelle à laquelle il a été mis en application (2,7).

33. Parallèlement, des défis et des possibilités d'amélioration ont été identifiés. Par exemple, la simplification des comptes-rendus financiers périodiques au cours des cycles de un et trois ans, pourrait favoriser l'alignement et réduire les coûts des opérations. Le Fonds mondial met également particulièrement l'accent sur l'impact, les résultats, l'optimisation de l'emploi des subventions, l'équité et la qualité en matière de services. La mise en place d'une nouvelle architecture d'octroi des subventions (décrite ci-après) permettra de relever certains de ces défis, grâce à une voie de financement unique, une évaluation plus holistique de la performance des programmes et de l'impact, et un meilleur alignement sur les cycles des programmes nationaux.

34. **Instances de coordination nationale (CCM).**

La capacité de supervision du CCM est cruciale pour s'assurer que le pays utilise efficacement ses ressources de subventions pour atteindre durablement les objectifs de son programme (voir l'annexe 2 pour obtenir d'autres informations sur le rôle des CCM). En 2009, le Fonds mondial a poursuivi ses efforts pour renforcer les capacités des CCM à gérer et à superviser les subventions. Le Conseil d'administration a approuvé une nouvelle politique de financement des CCM, en appliquant le principe du financement axé sur les résultats aux fonctions de gouvernance des CCM. À ce jour, le Fonds mondial a fourni à chaque CCM un montant maximum de 43 000 dollars US par an pour soutenir ses fonctions de gouvernance. Dans le cadre de la nouvelle politique, le CCM pourra accéder à des financements complémentaires, dans la mesure où il les investira dans la supervision des programmes, l'engagement en faveur des groupes concernés et l'alignement sur les organisations appropriées du pays ou les activités de renforcement de ses propres capacités, particulièrement celles ayant trait à l'égalité des sexes.

35. **Financement à double voie.** L'expérience ayant montré que les organisations de la société civile et le secteur privé jouent un rôle crucial dans l'intensification des programmes et le contact avec les populations à risque, un processus de financement à double voie a été mis en place lors de la Série 8 (2008), en tant qu'approche par défaut des programmes de partenariat. Au travers de ce nouveau mécanisme, les CCM sont encouragés à désigner à la fois des organismes gouvernementaux et des ONG pour être Récipiendaires principaux des subventions. En conséquence, lors des Séries 8 et 9, environ 40 pour cent des Récipiendaires principaux étaient non gouvernementaux, alors qu'ils n'étaient qu'à peine 23 pour cent lors des sept Séries précédentes.

EN JORDANIE, UN TRAVAILLEUR SOCIAL FAIT UNE VISITE À DOMICILE POUR S'ASSURER QUE LES PATIENTS PRENNENT LEURS MÉDICAMENTS CONTRE LA TUBERCULOSE. LE FONDS MONDIAL AIDE LA JORDANIE À OFFRIR LE TRAITEMENT À TOUS SES CITOYENS, Y COMPRIS LES RÉFUGIÉS PALESTINIENS ET LES RESSORTISSANTS D'AUTRES PAYS, QUI REPRÉSENTENT AU TOTAL PLUS DU TIERS DE LA POPULATION.



TABLEAU 4.3 LES INNOVATIONS MARQUANTES DU FONDS MONDIAL, 2002–2008

ANNÉES	DOMAINE STRATÉGIQUE	INNOVATION
2002–2005	• PRINCIPES DU FONDS MONDIAL	• Les principes-clés sont établis et diffusés : approche axée sur la demande, financement en fonction des résultats, caractère inclusif et examen technique indépendant.
2006–2007	• MOBILISATION DES RESSOURCES	• (PRODUCT) ^{RED} , une source de financement privé, est lancé. Le premier accord Debt2Health est signé entre l'Allemagne et l'Indonésie.
2008	• PARTENARIATS	• Le financement à double voie est introduit lors de la Série 8 ; il permet aux organisations gouvernementales et non gouvernementales d'élargir les prestations de services.
	• ÉQUITÉ	• Le Conseil d'administration approuve la stratégie d'égalité des sexes et incite à accroître la représentation des groupes vulnérables dans les CCM.

36. **Renforcement des systèmes de santé.** Depuis sa création, le Fonds mondial a soutenu les efforts de renforcement des systèmes de santé, reconnaissant que pour assurer l'efficacité à long terme des investissements dans des programmes spécifiques à une maladie, il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé. Toutefois, jusqu'en 2005, les voies par lesquelles les programmes financés par le Fonds mondial contribuaient au renforcement des systèmes de santé, ne pouvaient pas être suivies en tant que telles. La Série 5 a lancé le premier appel aux demandes de subvention spécifiques pour le renforcement des systèmes de santé. Cette option a été abandonnée étant donné son manque de succès. Mais depuis la Série 7, les pays peuvent inclure dans les projets de financement des activités stratégiques de renforcement des systèmes de santé sous forme de demandes explicites de subvention spécifiques à chaque maladie. Les éléments des systèmes de santé éligibles à des financements comprennent les ressources humaines, les infrastructures et les équipements, ainsi que le suivi et l'évaluation. Les actions stratégiques sont coordonnées avec celles des partenaires dans les pays, ainsi qu'avec les plans sanitaires nationaux. A ce jour, un total de 1 192 milliards de dollars US a été approuvé pour des interventions transversales de renforcement des systèmes de santé.

37. **(PRODUCT)^{RED}** est l'une des initiatives et partenariats les plus connus, et a permis au Fonds mondial d'augmenter significativement la mobilisation des ressources du secteur privé ces dernières années. Initiative mise en place en 2006 par le chanteur de rock Bono et Bobby Shriver, Président de DATA (Debt, AIDS, Trade and Africa), (RED) soutient le Fonds mondial par la vente de produits de marque qui portent le logo (PRODUCT)^{RED}. Jusqu'à 50 pour cent des bénéfices bruts provenant de la vente de ces produits sont adressés directement au Fonds mondial. Les partenaires actuels sont American Express (UK), Apple, Converse, Dell, Emporio Armani, Gap, Hallmark, Microsoft et Starbucks. En 2009, les nouveaux partenariats étaient Bugaboo et Nike. Bugaboo, le fabricant de poussettes basé aux Pays-Bas, est devenu la première société à financer le Fonds mondial, en offrant 1 pour cent de ses revenus sur la totalité de sa gamme. Nike est devenu le premier partenaire à vendre des produits au logo (RED) en Afrique. En 2009, (RED) a également lancé une série de concerts (RED)NIGHTS, en reversant les bénéfices

au Fonds mondial. Fin 2009, (PRODUCT)^{RED} avait recueilli 140 millions de dollars US pour financer des programmes au Rwanda, au Ghana, au Lesotho et au Swaziland, et continue à être une source innovante et durable de fonds privés additionnels.

38. **Debt2Health.** En 2007, le Fonds mondial a lancé une initiative qui facilite des accords d'échange de dette entre des pays créditeurs et bénéficiaires. Alors que les échanges de dette sont des instruments connus pour le financement du développement, la caractéristique innovante de Debt2Health est que le créancier accepte d'abandonner le paiement des intérêts de la dette supportés par un pays, à condition que le pays bénéficiaire investisse les ressources libérées dans le domaine de la santé publique par l'intermédiaire du Fonds mondial. A fin 2009, deux accords avaient été signés et un troisième était en attente de signature. Ces trois accords couvrent des dettes d'une valeur nominale de 146 millions de dollars US et permettront de recueillir finalement 80 millions de dollars US pour lutter contre les maladies. Trois autres accords d'une valeur nominale de 110 millions de dollars US sont en cours de négociation, avec un potentiel de ressources additionnelles de 74 millions de dollars US.

39. En 2009, le Fonds mondial a lancé un certain nombre d'innovations et d'autres initiatives visant au renforcement de la gouvernance des pays et des systèmes de santé, et à résoudre les difficultés d'accès (Tableau 4.4). Ces initiatives sont décrites dans les sections suivantes.

40. **Nouvelle architecture des subventions.** Etant donné la taille et la capacité accrues du Fonds mondial, les demandes de financement émanant des pays supportant de lourds fardeaux de maladie ont largement augmenté, si bien que les procédures de rationalisation et de simplification de la gestion des subventions sont devenues cruciales pour assurer l'efficacité des opérations. Avec le modèle actuel du Fonds mondial, chaque nouvelle proposition approuvée donne lieu à un accord séparé de subvention. En revanche, avec la nouvelle architecture des subventions, approuvée par le Conseil d'administration du Fonds mondial en Novembre 2009, le Fonds mondial établira désormais une voie unique de financement par Récipiendaire principal et par maladie. En conséquence, le Fonds maintiendra l'accord de

subvention, en le mettant à jour chaque fois que le Conseil d'administration aura approuvé une nouvelle proposition de financement pour le même pays et la même maladie. Cette nouvelle architecture devrait permettre au Récipiendaire principal de gérer ses programmes et ses finances plus efficacement, et d'améliorer le suivi et l'évaluation de ses programmes. Grâce à la rationalisation du processus des subventions, le Secrétariat espère également gérer son portefeuille de subventions de façon à la fois plus efficiente et plus efficace.

41. **Demandes au titre des stratégies nationales.** Une première « vague d'apprentissage » appelée « demande au titre de la stratégie nationale » a été lancée en 2009 en tant qu'expérience pilote, qui remplace la demande standard de subvention des propositions, en proposant aux pays de postuler à un financement sur la base d'une stratégie nationale de lutte contre une maladie.

42. Les avantages attendus des demandes soumises au titre des stratégies nationales, sont :

- un meilleur alignement du financement du Fonds mondial sur les priorités nationales, les cycles des programmes et les cycles budgétaires, et des coûts de transactions réduits pour les pays ;
- une meilleure harmonisation avec les donateurs utilisant des critères similaires pour l'examen des stratégies nationales ;
- une occasion de promouvoir une large participation des parties prenantes dans le développement et la mise en œuvre des stratégies nationales ;
- un encouragement des stratégies nationales à se concentrer sur la gestion des résultats et la responsabilité financière.

43. En novembre 2009, le Conseil d'administration a approuvé cinq demandes faites au titre des stratégies nationales, d'un montant de 434 millions de dollars US sur deux ans (et de 756 millions de dollars US pour toute la durée des propositions).¹¹ Le Fonds mondial négociera et gèrera ces subventions de façon à ce qu'elles maximisent leur alignement sur les politiques nationales et les cycles budgétaires, tout en respectant ses principes de base, notamment le principe de financement en fonction des résultats. Les subventions issues de la première « vague d'apprentissage » seront gérées dans le cadre de la nouvelle architecture des subventions.

44. **Services de prévention de la transmission verticale.** Une nouvelle initiative du Fonds mondial consiste à améliorer la qualité et la couverture des services visant à empêcher toute transmission verticale. Le pourcentage de femmes séropositives, qui recevaient un traitement ARV pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants, a augmenté dans le monde ; il est passé de 35 pour cent fin 2007 à 45 pour cent fin 2008. Si la couverture mondiale et le taux d'intensification des programmes visant à prévenir la transmission verticale sont encourageants (programmes généralement appelés services de PTME (prévention de la transmission du VIH de la mère

à l'enfant), la couverture reste faible dans de nombreux pays parmi les plus nécessiteux, et seulement près d'un tiers des femmes ont reçu un traitement ARV prophylactique sous-optimal (dose unique de Névirapine).

45. Pour 2009 seulement, le Fonds mondial a financé l'accès de 340 000 femmes enceintes séropositives aux services de PTME soit plus de cinq fois le nombre de femmes enceintes prises en charge deux ans plus tôt par les programmes financés par le Fonds mondial. Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le Fonds mondial s'est engagé à améliorer la qualité des traitements ARV des femmes enceintes, des nouveaux-nés et des familles, en augmentant les ressources affectées aux PTME et en s'assurant que les financements actuels de ces domaines soient employés de façon efficiente et efficace. A cette fin, le Fonds mondial s'est fixé deux cibles ambitieuses mais réalisables :

- Cible 1 : dans les 18 prochains mois, le Fonds mondial s'emploiera à garantir qu'au moins 80 pour cent des mères séropositives couvertes grâce aux programmes financés par le Fonds mondial, bénéficient du meilleur traitement pour prévenir la transmission.
- Cible 2 : dans les 18 prochains mois, la couverture PTME sera étendue et couvrira 60 pour cent au moins des mères séropositives dans les pays d'Afrique subsaharienne qui supportent le plus lourd fardeau de la transmission mère-enfant et de sida pédiatrique : Niger, Afrique du Sud, Mozambique, Kenya, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Malawi, Zimbabwe, Ethiopie. (Si cette cible n'est pas officielle pour l'ONU, le Fonds mondial travaillera malgré tout de concert avec tous ses partenaires, notamment l'ONU, le PEPFAR, les pays en développement et autres, pour élargir la couverture et l'impact des traitements).

46. **Médicaments à des prix abordables - paludisme (AMFm).** Elargir l'accès aux médicaments et aux autres produits de santé abordables est une composante cruciale des efforts pour améliorer les résultats sanitaires. L'AMFm est un mécanisme de financement novateur soutenu par le Fonds mondial. Il a été proposé initialement en 2004, dans le rapport d'un comité de l'Institute of Medicine des Etats-Unis (8). L'organisation technique de l'AMFm a été mise au point selon les orientations du Partenariat Faire reculer le paludisme.

47. Lancé en avril 2009, l'AMFm ouvrira l'accès aux ACT pour le traitement du paludisme, grâce au secteur public, au secteur privé et à la société civile. Outre le fait de réduire considérablement le fardeau du paludisme, ce traitement combiné devrait retarder la résistance du paludisme à l'artémisine, en substituant les ACT à la monothérapie par artémisine. L'AMFm comprend deux éléments-clés :

- réduire les prix en négociant avec les industries pharmaceutiques et subventionner une partie du prix obtenu par un « co-paiement » ;
- veiller à l'utilisation correcte des ACT.

¹¹ Les demandes faites au titre des stratégies nationales et couronnées de succès, émanaient de la Chine (paludisme), du Népal (tuberculose), du Rwanda (VIH et tuberculose) et de Madagascar (paludisme).

TABLEAU 4.4 FAITS MARQUANTS EN MATIÈRE D'INNOVATIONS AU FONDS MONDIAL, EN 2009

CIBLES STRATÉGIQUES	INNOVATION
EFFICACITÉ DE L'AIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle architecture des subventions visant à rationaliser leur conception, mise en œuvre, suivi et évaluation • Demandes au titre des stratégies nationales
APPROPRIATION NATIONALE	<ul style="list-style-type: none"> • 1ère « vague d'apprentissage » des demandes faites au titre des stratégies nationales
ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ET AUX PRODUITS ASSOCIÉS	<ul style="list-style-type: none"> • AMFm • Approvisionnement groupé volontaire
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Projet d'une plate-forme commune de financement et de support technique dédiée au renforcement des systèmes de santé

48. Après la négociation de plus faibles prix avec les fabricants, l'AMFm paiera une part importante du prix obtenu (par un co-paiement substantiel) au nom des acheteurs éligibles de traitement de première ligne – à savoir, les acheteurs nationaux et internationaux se fournissant en médicaments directement auprès des fabricants, ainsi que les agents d'approvisionnement agissant en leurs noms. Les ACT seront ensuite distribués par l'intermédiaire d'une combinaison de canaux publics, non gouvernementaux et privés.

49. Les points de vente du secteur public et non gouvernementaux continueront à distribuer les traitements, gratuitement ou à moindre coût. Pour les personnes achetant des traitements antipaludéens dans le secteur privé, les prix des médicaments ACT co-payés devront être comparables au prix des autres médicaments antipaludéens, tels que la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine. Le prix des ACT devrait chuter et passer de 11 dollars US par traitement à moins de 1 dollar US.

50. Début 2010, dix projets pilotes (Cambodge, Ghana, Kenya, Madagascar, Niger, Nigéria, Rwanda, Ouganda et République-Unie de Tanzanie (continent et Zanzibar)) participeront à la Phase 1 de l'AMFm et mettront en œuvre des interventions visant à promouvoir une utilisation appropriée des médicaments ACT. L'aide financière à ces projets pilotes est fournie par UNITAID, le gouvernement du Royaume-Uni et la Fondation Bill et Melinda Gates.

51. **L'approvisionnement groupé volontaire**, également lancé en juin 2009, consiste en l'achat groupé de médicaments et de produits de base. Cette initiative vise à influencer sur des caractéristiques telles que le prix, la qualité et les délais de livraison d'achats en gros, en vue de faciliter l'accès aux médicaments et autres produits. Quatre catégories de produits constituent l'objectif initial de cette initiative : ARV de 1^{ère} ligne, ARV de 2^{ème} ligne, médicaments des ACT et moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée. La stratégie à court terme comprend le suivi des prix, les économies et les parts de marché, alors que la stratégie à long terme se concentre sur le renforcement des systèmes d'approvisionnement nationaux et de la gestion des chaînes de distribution. Des transactions d'approvisionnement d'une valeur de 271,4 millions de dollars US ont été passées jusqu'à maintenant pour 16 pays et 24 subventions. Dix-huit autres pays se sont inscrits pour des approvisionnements groupés volontaires et ont présenté des demandes d'aide à l'approvisionnement. A ce jour, dix pays ont exprimé le souhait de bénéficier d'une aide à la création de capacités et à la gestion des chaînes de distribution.

52. **Une plate-forme commune pour le renforcement des systèmes de santé**. Une autre initiative novatrice est la proposition d'une plate-forme commune de financement du renforcement des systèmes de santé, en association avec la Banque mondiale et l'Alliance GAVI, avec le soutien de l'OMS. En collaboration avec les partenaires et les pays durant l'année 2010, les quatre organismes élaboreront la politique et définiront les implications opérationnelles et financières de cette plate-forme. Les composants à mettre au point pour cette plate-forme sont les politiques de financement généralement appliquées pour le renforcement des systèmes de santé, les critères courants d'éligibilité des pays, les mécanismes communs d'examen des propositions, la supervision des programmes, l'harmonisation de l'assistance technique et un cadre commun pour la mesure des performances. Pour la première fois, ces organismes internationaux de premier plan ont proposé de mettre en commun leurs ressources pour le renforcement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les avantages de la plate-forme commune devraient être, entre autres, les transactions à coûts réduits pour les pays ayant accès au financement des cibles stratégiques ; un objectif mondial consolidé du renforcement des systèmes de santé ; une meilleure prévisibilité à long terme des financements provenant des donateurs ; une amélioration de l'harmonisation et de l'alignement des financements et de la programmation du renforcement des systèmes de santé, tant au niveau mondial qu'au niveau des pays.



EN TANZANIE, L'AIDE DU FONDS MONDIAL AUX FEMMES ET AUX ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH A PERMIS D'AUGMENTER LE NOMBRE DE CONSEILS ET TESTS VIH, D'ÉLARGIR LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET LES SERVICES DE PTME; LE FONDS MONDIAL A ÉGALEMENT SOUTENU DES PROGRAMMES EN FAVEUR DES ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES.

EN CHINE, UN MÉDECIN DE VILLAGE SURVEILLE LA SANTÉ DES PATIENTS QUI ONT SOUFFERT DE LA TUBERCULOSE ; IL FAIT TOUS LES JOURS UNE HEURE DE MARCHÉ POUR LEUR RENDRE VISITE À DOMICILE ET SURVEILLER QU'ILS PRENNENT LEURS MÉDICAMENTS. LE FONDS MONDIAL SOUTIENT L'EXTENSION DU TRAITEMENT DOTS EN CHINE.



5. CONCLUSION

« Le programme du Fonds mondial représente un bon complément aux programmes gouvernementaux. La zone de couverture des actions de prévention et de traitement a été fortement étendue, jusqu'à atteindre maintenant les villages les plus reculés. Grâce aux cliniques des villages ainsi qu'aux médecins, tout le monde a désormais accès aux services de santé permettant de lutter contre la tuberculose, le paludisme et le VIH ».

— DR XU
PROVINCE DU YUNNAN, CHINE



1. Ces dernières années, des progrès considérables ont été accomplis dans de nombreux domaines de la santé publique. On a observé notamment des signes manifestes d'un changement radical d'orientation dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Etant donné les efforts récents d'intensification (plus de la moitié de des services financés par le Fonds mondial à ce jour l'ont été en 2008 et 2009, et commencent à peine à produire des résultats en terme de vies sauvées et d'infections évitées), des résultats encore plus significatifs et un impact encore plus fort seront sans nul doute observés dans les années à venir.

2. **L'effort mondial pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme a un plus fort impact et bénéficie au plus grand nombre.** Ces trois maladies sont directement responsables d'un grand nombre de décès et de handicaps, mais elles ont aussi des répercussions très importantes sur le développement humain et de la société. Les programmes du Fonds mondial contribuent dans une large mesure à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). **Les buts de l'OMD 6 concernant la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies peuvent être atteints, voire être dépassés, si nous continuons d'avancer au même rythme.** Le paludisme pourrait ne plus être un problème de santé publique dans beaucoup de pays où la maladie est endémique ; la menace croissante posée par la tuberculose multi-résistante pourrait être endiguée, et la transmission du VIH de la mère à l'enfant pourrait être presque entièrement éliminée.

3. **Les efforts mondiaux pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme,** canalisés par le Fonds mondial, **contribuent aussi à la réalisation des OMD 1, 4, 5 et 8** portant respectivement sur l'extrême pauvreté et la faim, la santé infantile et maternelle, et les partenariats mondiaux. Les efforts soutenus par le Fonds mondial pour améliorer la santé des enfants et des femmes sont particulièrement importants dans la mesure où ils soutiennent l'extension des services de base destinés aux enfants et aux femmes, en complément de la lutte contre le sida et le paludisme, deux des principales causes de mortalité chez les femmes et les enfants dans beaucoup de régions du monde.

4. **Les investissements qui ont été réalisés ont aussi permis de renforcer les systèmes de santé.** Grâce à la définition d'objectifs ambitieux et à la mise en place des flux de financement en fonction des résultats, le modèle de financement du Fonds mondial en fonction des résultats a permis de révéler les faiblesses des systèmes de santé et de fournir incitations et financements pour y remédier. Les investissements entrepris, tout en se concentrant sur un progrès de la lutte contre ces trois maladies, ont contribué à renforcer la capacité globale des systèmes de santé en élargissant le nombre d'établissements de santé dans les communautés et les districts, en augmentant l'approvisionnement et la capacité de gestion, et en maintenant en poste les professionnels de santé.

5. Ces huit dernières années, **le Fonds mondial a été le principal moteur des progrès considérables réalisés dans la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose.** Les programmes qu'il a financés ont sauvé 4,9 millions de vies et ont permis d'améliorer la qualité de vie des quelques 33 millions de personnes vivant avec le VIH, de centaines de millions de personnes qui contractent ou sont exposées au risque de contracter le paludisme et de 9,4 millions de personnes qui contractent la tuberculose active chaque année. Le Fonds mondial a aussi joué un rôle de chef de file dans l'augmentation des financements. Il a prouvé son efficacité dans l'acheminement des financements destinés aux programmes de santé de 144 pays. Il a fait porté les efforts internationaux de dizaines d'institutions publiques, privées et multilatérales, vers la réalisation d'ambitieux objectifs quantifiables.

6. C'est pourquoi, le Fonds mondial est ainsi le moteur principal d'un effort mondial majeur qui se trouve sur le chemin de la réalisation d'un succès retentissant dans la lutte pour la santé dans le monde. Tous ses partenaires et parties prenantes peuvent être très fiers du rôle qu'ils jouent dans cette mission.

7. La crise économique de ces deux dernières années ayant engendré des pressions considérables sur les budgets des gouvernements et des situations très difficiles pour des centaines de millions de personnes dans le monde, les efforts du **Fonds mondial visant à améliorer la rentabilité et l'efficacité des ressources et à les orienter vers les domaines où elles produisent les meilleurs résultats sont devenus encore plus importants.**

8. La crise économique de l'année dernière a déplacé des millions de personnes sous le seuil de pauvreté. Et ce, après une période de forte croissance économique qui avait fait sortir des millions de personnes de la misère. Grâce aux programmes qu'ils fournissent, **le Fonds mondial et ses partenaires peuvent aider à mettre en place un filet de sécurité pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables**, atténuant ainsi en partie l'impact de la crise financière. Ces programmes peuvent aussi contribuer à combler les lacunes en matière de santé souvent associées au manque de revenus, en aidant, par exemple, à maintenir en poste les professionnels de santé dans les zones défavorisées où ils sont les plus utiles, et en dispensant une prévention, des traitements et des soins aux personnes qui n'auraient sinon pas les moyens d'en bénéficier. En outre, le Fonds mondial a conduit les pays du Sud et du Nord à prendre ensemble des décisions qui les encouragent à partager une vision et un but communs.

9. **Le Fonds mondial s'emploie à être une agence internationale de développement du XXI^{ème} siècle – une agence efficace, transparente et flexible.**

Structuré en tant que partenariat public-privé, le Fonds mondial a apporté de nombreuses améliorations et bonnes pratiques dans son système, ses politiques, son infrastructure et son fonctionnement, qui lui ont permis d'optimiser considérablement ses ressources pour intensifier progressivement la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial se concentre sur les pays, si bien que sa structure organisationnelle lui permet de répondre rapidement aux besoins de ses partenaires et des populations affectées par ces trois maladies.

10. Ce rapport décrit l'accélération des progrès dans le domaine de la santé au niveau mondial. Certains objectifs qui paraissaient, il y a encore quelques années, utopiques sont aujourd'hui à notre portée. **Il est maintenant temps d'intensifier encore plus les efforts entrepris** et de s'engager à renforcer la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, de manière à conserver les acquis et à continuer de s'appuyer sur les résultats déjà obtenus. Si les résultats et l'impact décrits dans ce rapport doivent donner lieu à un certain optimisme, les progrès de ces dernières années demeurent néanmoins fragiles. Une diminution – ou même une stagnation – de ces efforts conduiraient à renverser la tendance des progrès accomplis. Des investissements continus et accrus dans le domaine de la santé en général, et du sida, de la tuberculose et du paludisme en particulier, sont nécessaires pour atteindre ou dépasser les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé mais également pour préserver la stabilité mondiale et protéger les pays et les communautés contre les risques de maladies.

RÉFÉRENCES

CHAPITRE 1

- 1 ONU. Les objectifs du Millénaire pour le développement [document disponible sur Internet]. Genève, [cité le 23 février 2010]. Disponible à : <http://www.un.org/millenniumgoals>.
- 2 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Le Document-cadre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [document disponible sur Internet]. Genève: Le Fonds mondial [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf.

CHAPITRE 2

- 1 OMS, ONUSIDA, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
- 2 World malaria report 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
- 3 Global tuberculosis control: A short update to the 2009 report. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
- 4 New data show 1.4 billion live on less Than US\$1.25 a day, but progress against poverty remains strong. [Internet] Washington, DC: Banque Mondiale ; 2008 ; Disponible à : http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/0,,contentMDK:21883042-menuPK:208943-pagePK:2865106-piPK:2865128-theSitePK:226301,00.html?cid=ISG_E_WBWeeklyUpdate_NL.
- 5 Policy Analysis Brief: Poverty in Latin America and the Caribbean. Washington, DC, Banque Mondiale ; 2007: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/EXTLACREGTOPPOVANA/0,,menuPK:841213-pagePK:51065911-piPK:51065915-theSitePK:841175,00.html>.
- 6 Poverty data. A supplement to World Development Indicators 2008. Washington, DC, Banque Mondiale ; 2008.
- 7 Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York: PNUD ; 2009.
- 8 Europe and Central Asia Overview. Washington, DC: Banque Mondiale ; 2009: Disponible à : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/0,,contentMDK:21722062-menuPK:258606-pagePK:146736-piPK:146830-theSitePK:258599,00.html>.
- 9 Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments, 2008. Genève, Kaiser Family Foundation, ONUSIDA ; 2009.
- 10 Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
- 11 Malaria country funding and resource utilization – the first decade of Roll Back Malaria. Genève, Partenariat Faire reculer le paludisme ; 2010.
- 12 Roll Back Malaria Global Strategic Plan 2005–2015. Genève, Partenariat Faire reculer le paludisme ; 2005.
- 13 Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Genève, ONUSIDA ; 2007.
- 14 Stop TB Partnership, WHO. Global Plan to Stop TB 2006–2015. Genève, Organisation mondiale de la santé, Partenariat Halte à la tuberculose, 2006.
- 15 Hecht R, Alban A, Taylor K, Post S, Andersen NB, Schwarz R. Putting it together: AIDS and the millennium development goals. PLoS Medicine. 2006 ;3(11):e455.
- 16 Russell S. The economic burden of illness for households in developing countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2004;71(2 Suppl):147-55.
- 17 Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
- 18 Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, Lawn JE, Bamford L, Moodley J, et al. Every death counts: Use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. The Lancet. 2008;371(9620):1294-304.
- 19 World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2007.
- 20 Menendez C, Romagosa C, Ismail MR, Carrilho C, Saute F, Osman N, et al. An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: The contribution of infectious diseases. PLoS Medicine. 2008;5(2):e44.

- 21 Lusti-Narasimhan M, Collin C, Mbizvo M. Sexual and reproductive health in HIV-related proposals supported by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Bulletin Organisation mondiale de la Santé*. 2009;87:816-23.
- 22 Price JE, Leslie JA, Welsh M, Binagwaho A. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: A measure of quantitative effects. *AIDS Care*. 2009;21(5):608-14.
- 23 Report on the global AIDS epidemic 2008. Genève, ONUSIDA ; 2008.
- 24 WHO report on Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2009.
- 25 Khan K, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu A, Van Look P. WHO Analysis of Causes of Maternal Deaths: A Systematic Review. *The Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
- 26 UNAIDS, UNICEF. Framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS. Genève, ONUSIDA, UNICEF; 2004.
- 27 Malaria Fact Sheet 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2009.
- 28 The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2005.
- 29 Ottmani SE, Uplekar MW. Gender and TB: Pointers from routine records and reports. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2008;12(7):827-8.
- 30 World Health Statistics 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2009.
- 31 The state of Africa's children 2008. New York: UNICEF; 2008.
- 32 Child info: Under-five mortality rate. New York: UNICEF; 2009; Disponible à: http://www.childinfo.org/mortality_underfive.php.
- 33 World Health Statistics 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
- 34 The State of Africa's children 2008: child survival. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2008.
- 35 UNICEF, Roll Back Malaria Partnership, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Malaria and children: Progress in intervention coverage. New York: UNICEF; 2009 .
- 36 AIDS epidemic update 2009. Genève, ONUSIDA, 2009.
- 37 WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- 38 Ifakara Health Institute. Highlights from the Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey. *Spotlight*. 2008;1:1-5.
- 39 Tanzania Commission for AIDS. UNGASS country progress report: Tanzania Mainland. Dar es Salaam: TACAIDS; 2008.
- 40 Tanzania Commission for AIDS. Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey. Dar es Salaam: TACAIDS; 2008.
- 41 Assefa Y, Jerene D, Lulseged S, Ooms G, Van Damme W. Rapid scale-up of antiretroviral treatment in Ethiopia: successes and system-wide effects. *PLoS Medicine*. 2009;6(4):e1000056.
- 42 Reniers G, Araya T, Davey G, Nagelkerke N, Berhane Y, Coutinho R, et al. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*. 2009;23(4):511-8.
- 43 Seyoum E, Mekonnen Y, Kassa A, Eltom A, Damete T. ART scale-up in Ethiopia: success and challenges. Addis Ababa: Federal Ministry of Health HIV/AIDS Prevention and Control Office; 2009.
- 44 Halperin D, de Moya E, Perez-Then E, Pappas G, Garcia Calleja J. Understanding the HIV epidemic in the Dominican Republic: a prevention success story in the Caribbean? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009;51(Suppl 1):S52-9.
- 45 Makombe SD, Jahn A, Tweya H, Chuka S, Yu JK, Hochgesang M, et al. A national survey of teachers on antiretroviral therapy in Malawi: access, retention in therapy and survival. *PLoS One*. 2007;2(7):e620.
- 46 Makombe SD, Jahn A, Tweya H, Chuka S, Yu JK, Hochgesang M, et al. A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2007;85(11):851-7.
- 47 Jahn A, Floyd S, Crampin AC, Mwaungulu F, Mvula H, Munthali F, et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *The Lancet*. 2008;371(9624):1603-11.
- 48 Namibian Ministry of Health and Social Services. Report on the 2008 national HIV sentinel survey. Windhoek, Namibie, Ministère de la Santé et des services sociaux ; 2008.
- 49 National Center for TB Control and Prevention. Report on TB Prevention and Control in China (2001 – 2007). Pékin, Chine CDC; 2008.
- 50 China Global Fund TB Program Office. Programme tuberculose Série 4, (Juillet 2005 à Juin 2008), Pékin, Chine. Le Fonds mondial, 2008.
- 51 National Center for TB Control and Prevention. Analysis of data on TB epidemic in China. Pékin, Chine CDC; 2008.
- 52 Ministry of Health of Zambia. Zambia National Malaria Indicator Survey. Lusaka, Zambie, Ministère de la Santé ; 2008.
- 53 Barnes KI, Chanda P, Ab Barnabas G. Impact of the large-scale deployment of artemether/lumefantrine on the malaria disease burden in Africa: case studies of South Africa, Zambia and Ethiopia. *Malaria Journal*. 2009;8(Suppl 1):S8.
- 54 Evaluation of the Sao Tome and Principe malaria control strategic plan (2001 & 2010). Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- 55 Teklehaimanot HD, Teklehaimanot A, Kiszewski A, Rampao HS, Sachs JD. Malaria in Sao Tome and Principe: on the brink of elimination after three years of effective antimalarial measures. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2009;80(1):133-40.
- 56 Malaria in Namibia. Windhoek: Organisation mondiale de la Santé Namibie; 2008.
- 57 Southern African Development Community (SADC). SADC Malaria Report 2007. Gaborone (Botswana): Southern African Development Community; 2008.
- 58 Otten M, Aregawi M, Were W, Karema C, Medin A, Bekele W, et al. Initial evidence of reduction of malaria cases and deaths in Rwanda and Ethiopia due to rapid scale-up of malaria prevention and treatment. *Malaria Journal*. 2009;8:14.
- 59 World malaria report 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- 60 Malaria control programme report. New Delhi: OMS-SEARO; 2009.
- 61 Low-Ber D, Atun R, Grubb I, Sempala MJ, Komatsu R, Banati P, et al. Scaling Up for Impact. The Global Fund Results Report 2009. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2009.
- 62 Fragile states: list of fragile states. Washington, DC: Banque Mondiale ; 2007; Disponible à: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21389974-pagePK:51236175-piPK:437394-theSitePK:73154,00.html>.
- 63 UK Department for International Development. Why we need to work more effectively in fragile states. Londres, DFID; 2005.
- 64 The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries. Background paper prepared for The World Health Report 2006 – working together for health. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2006.
- 65 Zanzibar Malaria Control Programme, Overview of Malaria Situation in Zanzibar. Zanzibar, Ministry of Health and Social Welfare; 2006.
- 66 Connelly D, Veriava Y, Roberts S, Tsoetsi J, Jordan A, DeSilva E, et al. Prevalence of HIV infection and median CD4 counts among health care workers in South Africa. *South African Medical Journal*. 2007;97(2):115-20.
- 67 HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response. Genève, Organisation internationale du Travail ; 2004.

- 68 The world health report 2006: Working together for health. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2006.
- 69 McCoy D, McPake B, Mwapasa V. The double burden of human resource and HIV crises: a case study of Malawi. *Human Resources for Health*. 2008;6(1):16.
- 70 Susna D, Wang W, Wright J. What happens to HIV/AIDS funds at the country level? A comparative analysis of before and after the donor influx in Kenya, Malawi, Rwanda, Tanzania and Zambia. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc; 2009.
- 71 Noor AM, Amin AA, Akhwale WS, Snow RW. Increasing Coverage and Decreasing Inequity in Insecticide-Treated Bed Net Use among Rural Kenyan Children. *PLoS Med*. 2007;4(8):e255.
- 72 The Global Fund's Strategy for Ensuring Gender Equality in the Response to HIV/AIDS, TB and Malaria. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2008.
- 73 The Global Fund Strategy in relation to Sexual Orientation and Gender Identities (SOGI). Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2009.
- 74 Do Global Fund grants work for women? Nairobi: AIDSPAN; 2008.
- 75 Global Fund Board Decision Point GF/B19/DP7 on the Global Fund's Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities. 2009.
- 76 Global Fund Board Decision Point GF/B18/DP18 on the Global Fund's Strategy for Ensuring Gender Equality in the Response to HIV/AIDS, TB and Malaria. 2008.
- 77 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Malaria country profile for Djibouti. Cairo: OMS-EMRO; 2009; Disponible dans: <http://www.emro.who.int/rbm/CountryProfiles-dji.htm>.
- 78 Central Statistical Office [Swaziland], Macro International Inc. Swaziland Demographic and Health Survey 2006–07. Mbabane: Central Statistical Office, Macro International Inc; 2008.
- 79 Li A, Varangrat A, Wimonasri W, Chemnasiri T, Sinthuwattanawibool C, Phanuphak P, et al. Sexual Behavior and Risk Factors for HIV Infection Among Homosexual and Bisexual Men in Thailand. *AIDS and Behavior*. 2009;13(2):318–27.
- 80 Cook C, Kanaef N. Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. Londres, International Harm Reduction Association; 2008.
- 81 Abdool R, Sulliman FT, Dhannoo MI. The Injecting Drug use and HIV/AIDS Nexus in the Republic of Mauritius. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*. 2006;5(2):107–116.
- 82 Ball AL, Rana S, Dehne KL. HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Reports*. 1998;113(Suppl 1):170–81.
- 83 Atun RA, McKee M, Coker R, Gurol-Urganci I. Health systems' responses to 25 years of HIV in Europe: inequities persist and challenges remain. *Health Policy*. 2008;86(2–3):181–94.
- 84 Sarang A, Stuijkyte R, Bykov R. Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy*. 2007;18(2):129–35.
- 85 Atun R, Kazatchkine M. The Global Fund's Leadership on Harm Reduction: 2002–2009. *International Journal of Drug Policy*. 2010 (In Press).
- 86 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- 87 WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*. 2009;373:2137–69.
- 88 National Institute of Statistics [Rwanda], Ministry of Health [Rwanda], Macro International Inc. Rwanda Service Provision Assessment Survey 2007. Calverton, Maryland: National Institute of Statistics, Ministry of Health, Macro International Inc.; 2008.
- 89 Ministry of Health [Rwanda], National Population Office [Rwanda], ORC Macro. Rwanda Service Provision Assessment Survey 2001. Calverton, Maryland: Ministry of Health, National Population Office, ORC Macro; 2003.
- 90 Human Resources and Financing for the Health Sector in Malawi. Tunis-Belvédère (Tunisie): African Development Bank; 2004; Disponible à: <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/jai/Course-Materials/13-HEALTH-SECTOR-REFORM-FOR-PORTUGUESE-COUNTRIES/malawi-esw-hr-financing.doc>.
- 91 Celletti F, Wright A, Palen J, Frehywot S, Markus A, Greenberg A, et al. Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS*. 2010;24(Suppl 1):S45–S57.
- 92 Médecins sans Frontières. Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi: 2003–2009 programme report. Limbe: Médecins sans Frontières; 2009.
- 93 Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(4):972–83.
- 94 Collin C. Health Systems Strengthening to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: A case study of Rwanda. Draft report of study commissioned by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Genève, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2009.
- 95 Cáceres CF, Girón M, Sandoval C, López R, Pajuelo J, Valverde R, et al. Peru: Effects of the Implementation of Global Fund-supported HIV/AIDS Projects on Health Systems, Civil Society and Affected Communities, 2004–2007. Country case summary prepared as part of the academic consortium of the WHO Maximizing Positive Synergies between health systems and GHIs initiative. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2009.
- 96 Cáceres CF, Mendoza W. The National Response to the HIV/AIDS Epidemic in Peru: Accomplishments and Gaps – A Review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009;51:S60–S66.
- 97 Atun R, Kazatchkine M. Promoting country ownership and stewardship of health programs: The global fund experience. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009;52(Suppl 1):S67–8.
- 98 Assefa Y, Jerene D, Lulseged S, Ooms G, Van Damme W. Rapid scale-up of antiretroviral treatment in Ethiopia: successes and system-wide effects. *PLoS Med*. 2009;6(4):e1000056.
- 99 Abraha M, Nigatu T. Modeling trends of health and health related indicators in Ethiopia (1995–2008): a time-series study. *Health Research Policy and Systems*. 2009;7(1):29.
- 100 Alebachew A, Huws D, Marie A. Interaction between GF Supported Programs and Health Systems: Pathways and Effects: the Ethiopian Experience and Country Experiences. Report commissioned by the Global Fund (Draft). Genève, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2009.
- 101 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, International HIV/AIDS Alliance. Civil Society Success on the Ground: Community Systems Strengthening and Dual Track Financing: Nine illustrative case studies. Genève, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2008.
- 102 Bruni-Sarkozy C. A call to action: protecting mothers and children against AIDS. Genève, ONU; 2009; Disponible à: http://www.theglobalfund.org/content/pressreleases/pr_090922_en.pdf.
- 103 McCoy D. The High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. *Health Policy and Planning*. 2009;24(5):321–3.

- 1 The Global Fund 2009 Key Performance Indicators [bases de données disponibles sur Internet]2009 [cité le 7 janvier 2010]. Disponible à : <http://theglobalfund.org/en/performance/kpi>.
- 2 Organization for Economic Co-operation and Development. 2006 Survey on Monitoring the Paris Declaration. Overview of the Results. Paris 2007.
- 3 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : Scaling up for impact: Results report. Genève, 2009.
- 4 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme: Terms of Reference of the Technical Review Panel 2009: Disponible à : http://www.theglobalfund.org/documents/trp/TRP_TOR_en.pdf.
- 5 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : Guide to the Global Fund's Policies on Procurement and Supply Management. Genève, novembre 2006
- 6 World Health Organization AIDS Medicines and Diagnostic Service. Global Price Reporting Mechanism. Genève, 2009; Disponible dans: <http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/>.
- 7 Korenromp EL, for the Global Fund technical reference group on Value for Money. Value-for-Money in Global Fund-supported HIV, TB and Malaria programmes: Framework and proposed 2008-9 workplan – based on a technical partner consultation held 25th February 2008. Genève, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avril 2008.
- 8 Floyd K, Pantoja A, Dye C. Financing tuberculosis control: the role of a global financial monitoring system. *Bull World Health Organ*, mai 2007 ;85(5):334-40.
- 9 World Bank. History of World Bank's analytical country income classifications [bases de données en anglais disponibles sur Internet] Banque mondiale, 2009 [cité le 23 août 2009]. Disponible à : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20487070-menuPK:64133156-pagePK:64133150-piPK:64133175-theSitePK:239419-isCURL:Y,00.html> et <http://Siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>
- 10 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : Price and Quality Reporting system [bases de données disponibles sur Internet] 2010 [cité le 15 janvier 2010]. Disponible à : <http://pqr.theglobalfund.org/PQRWeb/Screens/PQRLogin.aspx?Lang=en-GB>.
- 11 Yukich J, Tediosi F, Lengeler C. Operations, costs and cost-effectiveness of five ITN programs (Eritrea, Malawi, Tanzania, Togo, Senegal) and two IRS programs (Kwa-Zulu Natal, Mozambique). *Basel: Swiss Tropical Institute*, 12 juillet 2007 (Version finale).
- 12 World Health Organization Global Malaria Program dept. In-depth, bottom-up program-level ITN costing studies in Tanzania, Zanzibar and Uganda. Non publié 2009.
- 13 Becker-Dreps SI, Biddle AK, Pettifor A, Musumba G, Imbie DN, Meshnick S, et al. Cost-effectiveness of adding bed net distribution for malaria prevention to antenatal services in Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Am J Trop Med Hyg*2009 Sep;81(3):496-502.
- 14 De Allegri M, Marschall P, Flessa S, Tiendrebeogo J, Kouyate B, Jahn A, et al. Comparative cost analysis of insecticide-treated net delivery strategies: sales supported by social marketing and free distribution through antenatal care. *Health Policy Plan*2010 Jan;25(1):28-38.
- 15 Organisation Mondiale de la Santé. Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Report 2009. Geneve: Organisation Mondiale de la Santé, Halte à la tuberculose. 2009.
- 16 Organisation mondiale de la Santé. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. Genève, décembre 2009.
- 17 Kombe G, Galaty D, Nwagbara C. Scaling-up antiretroviral treatment in the public sector in Nigeria: a comprehensive analysis of resource requirements: Partners for Health Reform plus / Abt Associates, février 2004.
- 18 Koenig SP, Riviere C, Leger P, Severe P, Atwood S, Fitzgerald DW, et al. The cost of antiretroviral therapy in Haiti. *Cost Eff Resour Alloc* 2008;6:3.
- 19 Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Genève, ONUSIDA 2007.
- 20 Jaffar S, Amuron B, Foster S, Birungi J, Levin J, Namara G, et al. Rates of virologic failure among patients treated in a home-based compared with a facility-based HIV case model in Jinja, SE Uganda: a cluster-randomized trial. *Lancet* 2009 19 Dec;374(9707):2080-9.
- 21 Marseille E, Kahn J, Pitter C, Bunnell R, Epalatai W, Jawe E, et al. The cost-effectiveness of home-based provision of antiretroviral therapy in rural Uganda. *Appl Econ Health Policy* 2009;7(4):229-43.
- 22 Badri M, Maartens G, Mandalia S, Bekker LG, Penrod JR, Platt RW, et al. Cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy in South Africa. *PLoS Med*2006 Jan;3(1):e4.
- 23 Cleary SM, McIntyre D, Boule AM. The cost-effectiveness of antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa – a primary data analysis. *Cost Eff Resour Alloc* 2006;4:20.
- 24 ONUSIDA. Report on the global AIDS epidemic. Genève, 2008.
- 25 Izazola-Licea JA, Wiegelmann J, Aran C, Guthrie T, de Lay P, Avila-Figueroa C. Financing the response to HIV in low-income and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;52(Suppl.2):S119-S26.
- 26 World Health Organization Health Systems Financing dept. Choosing Interventions that are Cost Effective (OMS-CHOICE). Organisation mondiale de la santé, Genève [cité le 27 août 2009]; Disponible à : <http://www.who.int/choice/en/index.html>.
- 27 UNAIDS, WHO, UNICEF. Towards Universal Access: Scaling-up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2008. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2 juin 2008.
- 28 Management Sciences for Health. International Drug Price Indicator Guide. Cambridge, Massachussets, USA 2008.
- 29 United States Government Accountability Office. Selection of antiretroviral medications provided under US emergency plan is limited. Washington DC 2005.
- 30 World Health Organization HAP. Rapid advice: Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Organisation mondiale de la santé, Genève, novembre 2009.
- 31 Renaud-Théry F, Nguimack BD, Vitoria M, Lee E, Graaff P, Samb B, et al. Use of antiretroviral therapy in resource-limited countries in 2006: distribution and uptake of first- and second-line regimens. *AIDS*2007 Jul;21 Suppl 4:S89-95.
- 32 WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Septembre 2009.
- 33 Marseille E, Dandona L, Marshall N, Gaist P, Bautista-Arredondo S, Rollins B, et al. HIV prevention costs and program scale: data from the PANCEA project in five low and middle-income countries. *BMC Health Serv Res* 2007;7:108.
- 34 Milliner J. Net Mapping Project. Washington DC: Alliance for Malaria Prevention, President's Malaria Initiative, United States Agency for International Development, mars 2009.
- 35 Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease Control Priorities in Developing Countries, second edition. New York city: World Bank, the WHO, Fogarty International Center of the National Institutes of Health; 2006 [cité 19 Novembre 2009]; 2nd:[
- 36 Breman JG, Mills A, Snow RW, Mulligan J, Lengeler C, Mendis K, et al. Chapter 21. Conquering malaria. In: Jamison DT, editor. Disease Control Priorities Project, second edition. New York, Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, Fogarty International Center of the National Institutes of Health; 2006. p. 413-31.
- 37 Baltussen R, Floyd K, Dye C. Cost effectiveness analysis of strategies for tuberculosis control in developing countries. *Bmj*, 2005 Nov 10.
- 38 Dye C, Floyd K. Chapter 16. Tuberculosis. In: Jamison DT, editor. Disease Control Priorities in Developing Countries, second edition. New York, Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, Fogarty International Center of the National Institutes of Health; 2006. p. 289-309.
- 39 Bertozzi S, Padian N, Wegbreit J, DeMaria LMF, B., Gayle H, Gold J, et al. Chapter 18. HIV/AIDS prevention and treatment. In: Jamison DT, editor. Disease Control Priorities Project, second edition. New York, Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, Fogarty International Center of the National Institutes of Health; 2006. p. 331-69.

CHAPITRE 4

- 40 Goldie SJ, Yazdanpanah Y, Losina E, Weinstein MC, Anglaret X, Walensky RP, et al. Cost-effectiveness of HIV treatment in resource – poor settings – the case of Cote d'Ivoire. *N Engl J Med* 2006 Sep 14;355(11):1141-53.
- 41 Freedberg KA, Kumarasamy N, Losina E, Cecelia AJ, Scott CA, Divi N, et al. Clinical impact and cost-effectiveness of antiretroviral therapy in India: starting criteria and second-line therapy. *Aids* 2007 Jul;21 Suppl 4:S117-28.
- 42 Galarraga O, Colchero MA, Wamai RG, Bertozzi SM. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health* 2009 18 Nov.;9(Suppl.1):S5.
- 43 Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. 2001; Disponible à : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.
- 44 Nachege JB, Leisegang R, Bishai D, Nguyen H, Hislop M, Cleary S, et al. Association of antiretroviral therapy adherence and health care costs. *Ann Intern Med* 2010 Jan 5;152(1):18-25.
- 45 Otten M, Aregawi M, Were W, Karema C, Medin A, Bekele W, et al. Initial evidence of reduction of malaria cases and deaths in Rwanda and Ethiopia due to rapid scale-up of malaria prevention and treatment. *Malar J* 2009;8:14.
- 46 Makombe SD, Jahn A, Tweya H, Chuka S, Yu JK, Hochgesang M, et al. A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bull World Health Organ* 2007 Nov;85(11):851-7.
- 47 Hecht R, Alban A, Taylor K, Post S, Andersen NB, Schwarz R. Putting it together: AIDS and the millennium development goals. *PLoS Med* 2006 Nov;3(11):e455.
- 48 Beard J, Feeley F, Rosen S. Economic and quality of life outcomes of antiretroviral therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS Care* 2009 Nov;21(11):1343-56.
- 49 Morineau G, Vun MC, Barennes H, Wolf RC, Song N, Prybylski D, et al. Survival and quality of life among HIV-positive people on antiretroviral therapy in Cambodia. *AIDS Patient Care STDS* 2009 Aug;23(8):669-77.
- 50 Global Fund-supported Malawi HIV program. Données non publiées, Electricity Supply Corporation of Malawi (ESCOM). 2007.
- 51 Makombe SD, Jahn A, Tweya H, Chuka S, Yu JK, Hochgesang M, et al. A national survey of teachers on antiretroviral therapy in Malawi: access, retention in therapy and survival. *PLoS ONE* 2007;2(7):e620.
- 52 Mermin J, Were W, Ekwaru JP, Moore D, Downing R, Behumbiize P, et al. Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral therapy and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *Lancet* 2008 Mar 1;371(9614):752-9.
- 53 Maher D. Implications of the global financial crisis for the response to diseases of poverty within overall health sector development: the case of tuberculosis. *Trop Med Int Health* 2009 Nov 3.
- 54 Laxminarayan R, Klein EY, Darley S, Adeyi O. Global investments in TB control: economic benefits. *Health Aff (Millwood)* 2009 Jul-Aug;28(4):w730-42.
- 55 Moatti JP, Marlink R, Luchini S, Kazatchkine MD. Universal access to HIV treatment in developing countries: going beyond the misinterpretations of the 'cost-effectiveness' algorithm. *AIDS* 2008; 22(Suppl.1):S59-66.
- 56 Atun RA, Samyshkin Y, Drobniowski F, Balabanova Y, Fedorin I, Lord J, et al. Costs and outcomes of tuberculosis control in the Russian Federation: retrospective cohort analysis. *Health Policy Plan* 2006 Sep;21(5):353-64.
- 57 Sinanovic E, Floyd K, Dudley L, Azevedo V, Grant R, Maher D. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 Sep;7(9 Suppl 1):S56-62.
- 58 Okello D, Floyd K, Adatu F, Odeke R, Gargioni G. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis patients in rural Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 Sep;7(9 Suppl 1):S72-9.
- 59 Nganda B, Wang'ombe J, Floyd K, Kangangi J. Cost and cost-effectiveness of increased community and primary care facility involvement in tuberculosis care in Machakos District, Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2003 Sep;7(9 Suppl 1):S14-20.
- 1 2009 Key Performance Indicators [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/performance/kpi>.
- 2 The Five Year Evaluation of the Global Fund [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/es/terg/evaluations/5year>.
- 3 Partnership Forum [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/partnershipforum>.
- 4 2004 Partnership Forum [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/partnershipforum/2004>.
- 5 2006 Partnership Forum [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/partnershipforum/2006>.
- 6 2008 Partnership Forum [document disponible sur Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [cité le 12 janvier 2010]. Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/partnershipforum/2008>.
- 7 Oommen N, Bernstein M, Rosenzweig S. *Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia*. Washington DC: HIV/AIDS Monitor & Center for Global Development; 2007.
- 8 Arrow KJ, Panosian CB, Gelband H, eds., Committee on the Economics of Antimalarial Drugs. *Saving Lives, Buying Time: Economics of Malaria Drugs in an Age of Drug Resistance*. Washington DC: Institute of Medicine, Board on Global Health; 2004.



AU VIETNAM, LE FONDS MONDIAL AIDE LES AUTORITÉS SANITAIRES À RENFORCER ET AMÉLIORER LA GESTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME À TOUS LES NIVEAUX, NOTAMMENT EN GARANTISSANT L'APPROVISIONNEMENT APPROPRIÉ DE MÉDICAMENTS.

ANNEXE 1

Liste des encadrés, figures et tableaux

ENCADRÉS

ENCADRÉ 1.1	Les objectifs du Millénaire pour le développement
ENCADRÉ 1.2	Les principes du Fonds mondial
ENCADRÉ 2.1	Quelle crédibilité faut-il accorder aux données relatives aux subventions du Fonds mondial ?
ENCADRÉ 2.2	Mesurer les contributions du Fonds mondial à la réalisation des principales cibles internationales
ENCADRÉ 2.3	Méthodologie de notation de la performance des subventions et de prise de décision en matière de décaissements
ENCADRÉ 2.4	Inégalités des fardeaux des maladies
ENCADRÉ 2.5	Elaboration de programmes tenant compte du genre des subventions du Fonds mondial
ENCADRÉ 3.1	Contribuer au dialogue mondial
ENCADRÉ 3.2	Collaboration avec les partenaires techniques pour soutenir l'établissement de coûts des services standardisés par programme national
ENCADRÉ 4.1	Le 3ème Forum de partenariat, Dakar, Décembre 2008

FIGURES

FIGURE 2.1	Programmes soutenus par le Fonds mondial, 2004-2009 : Résultats cumulés en fin d'exercice des trois principaux indicateurs pour le VIH, la tuberculose et le paludisme (nombre de personnes sous traitement ARV, traitements DOTS et nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées)
FIGURE 2.2	Allocation des dépenses cumulées par service fourni pour les trois maladies
FIGURE 2.3	Dépenses cumulées pour les trois maladies par catégorie de coût
FIGURE 2.4	Dépenses cumulées par agent d'exécution
FIGURE 2.5	Contributions des programmes soutenus par le Fonds mondial à la réalisation des cibles internationales pour le VIH, la tuberculose et le paludisme.
FIGURE 2.6	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la veille de l'enquête, Afrique subsaharienne
FIGURE 2.7	Tendances relatives à la prévalence du VIH chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, Tanzanie, 2003-2008
FIGURE 2.8	Nombre estimé de décès liés au sida à Addis Abeba, Éthiopie, 2004-2007
FIGURE 2.9	Couverture du traitement ARV et mortalité toutes causes confondues en Afrique du Sud, 2003-2006
FIGURE 2.10	Prévalence du VIH chez les jeunes femmes fréquentant des centres prénataux, Namibie, 2002-2008
FIGURE 2.11	Incidence et prévalence de la tuberculose et mortalité liée à cette maladie en Chine, 2000-2008
FIGURE 2.12	Tendances relatives à la prévalence de la tuberculose et à la mortalité liée à cette maladie, Cambodge, 2000-2007
FIGURE 2.13	Tendances relatives à la prévalence de la tuberculose et à la mortalité liée à cette maladie, Viet Nam, 2000-2007
FIGURE 2.14	Tendances annuelles de la prévalence de l'infection par le paludisme, des décès imputables au paludisme et de la prévalence de l'anémie en Zambie, 2001-2007
FIGURE 2.15	Tendances annuelles de l'incidence du paludisme en Namibie, 1996-2007
FIGURE 2.16	Tendances de l'incidence du paludisme au Bhoutan, 2005-2008
FIGURE 2.17	Répartition cumulée des résultats des programmes, 2005-2009
FIGURE 2.18	Notes de performance des subventions lors de l'évaluation pour la Phase 2, par an, 2005-2009
FIGURE 2.19	Réalisation par rapport aux cibles fixées pour les dix principaux domaines programmatiques, cumulés pour toutes les évaluations de subventions visant à la Phase 2, 2005-2009
FIGURE 2.20	Résultats des subventions par maladie, cumulés fin 2009
FIGURE 2.21	Résultats des subventions par type de Récipiendaire principal, cumulés fin 2009
FIGURE 2.22	Résultats des subventions par région, cumulés fin 2009
FIGURE 2.23	Fardeau du VIH, de la tuberculose et du paludisme en 2004, et total des investissements approuvés par le Fonds mondial pour les Séries 1 à 9, par région
FIGURE 2.24	Augmentation du nombre d'établissements offrant des services de santé de base au Rwanda, 2001-2007
FIGURE 2.25	Utilisation des services de soins au Rwanda, 2001-2007
FIGURE 3.1	Dépenses nationales pour les traitements DOTS par patient traité
FIGURE 3.2	Prix payé pour un traitement ARV adulte de première ligne, par niveau de revenu national
FIGURE 3.3	Tendance à la baisse des prix payés pour un traitement ARV de première ligne, 2006-2009
FIGURE 3.4	Coûts par moustiquaire imprégnée d'insecticide distribuée (à la fois conventionnelle et de longue durée), selon le canal de distribution
FIGURE 4.1	Le processus de subvention du Fonds mondial

TABLEAUX

TABLEAU 2.1	Interventions du Fonds mondial en 2009 et total des résultats internationaux en 2008
TABLEAU 2.2	Résultats attribuables aux programmes soutenus par le Fonds mondial, par région (2009)
TABLEAU 2.3	Résultats cumulés attribuables aux programmes soutenus par le Fonds mondial, par région (2002–2009)
TABLEAU 2.4	Décaissements du Fonds mondial par région et par maladie, 2009
TABLEAU 2.5	Décaissements cumulés du Fonds mondial par région et par maladie, 2002–2009
TABLEAU 2.6	Fonds approuvés et décaissements par série et par maladie, décembre 2009
TABLEAU 2.7	Les contributions du Fonds mondial à la réalisation des OMD 4 et 5
TABLEAU 2.8	Progrès mondiaux vers la réalisation des objectifs internationaux choisis : une analyse des données de l’OMS, de l’ONUSIDA et de l’UNICEF
TABLEAU 2.9	Accès au traitement ARV dans les 25 pays bénéficiant des investissements du Fonds mondial les plus importants dans la lutte contre le VIH
TABLEAU 2.10	Prévalence de la tuberculose dans les 25 pays bénéficiant des investissements cumulés les plus importants du Fonds mondial dans la lutte contre cette maladie
TABLEAU 2.11	Mortalité infantile dans les 25 pays bénéficiant des investissements cumulés les plus importants du Fonds mondial dans la lutte contre le paludisme
TABLEAU 2.12	Réaffectation de financements pour la Phase 2 par note de performance des subventions, 2005–2009
TABLEAU 2.13	Analyses et actions présentées en matière d’égalité dans une sélection de propositions des Séries 8 et 9
TABLEAU 2.14	Soutien du Fonds mondial en 2008 en faveur de l’accroissement de la disponibilité des ressources humaines dans les services de santé gouvernementaux du Malawi
TABLEAU 2.15	Améliorations en matière de prestation de services de santé en Éthiopie, 2005–2008
TABLEAU 2.16	Résultats mondiaux et du Fonds mondial pour 2009 et estimations à l’horizon 2012 vers la réalisation des cibles internationales
TABLEAU 3.1	Résultats de l’efficacité de l’aide du Fonds mondial
TABLEAU 3.2	Exemples de mesures appliquées par le Fonds mondial pour améliorer l’utilisation des ressources
TABLEAU 3.3	Évaluations initiales des coûts unitaires pour les interventions principales dans les programmes du Fonds mondial, 2008
TABLEAU 4.1	Exemples d’innovations et de réformes mises en œuvre pour donner suite aux recommandations du Comité technique d’examen des propositions
TABLEAU 4.2	Recommandations-clés de l’évaluation des 5 ans de fonctionnement (2) et réponse du Secrétariat du Fonds mondial
TABLEAU 4.3	Faits marquants dans les innovations du Fonds mondial, 2002–2008
TABLEAU 4.4	Faits marquants dans les innovations du Fonds mondial, en 2009

ANNEXE 2

STRUCTURE DU FONDS MONDIAL ET RÉGIONS

INSTANCES DE COORDINATION NATIONALE

Les Instances de coordination nationale (CCM) sont au cœur de l'engagement du Fonds mondial pour l'appropriation locale et la prise de décision participative. Elles élaborent et soumettent au Fonds des propositions de subvention, supervisent la mise en place des projets financés, examinent les rapports remis par les Récipiendaires principaux et assurent la coordination entre les différents secteurs. Les CCM se composent de représentants de tous les secteurs : gouvernements, organisations non gouvernementales, institutions universitaires, personnes vivant avec les maladies, organismes bilatéraux et multilatéraux de développement.

COMITÉ TECHNIQUE D'EXAMEN DES PROPOSITIONS

Le Comité technique d'examen des propositions (TRP) est un groupe indépendant d'experts internationaux en matière de santé et de développement, chargés d'aider le Fonds à financer des programmes efficaces. Le Comité examine les propositions éligibles en fonction de leur qualité technique et transmet ses recommandations de financement au Conseil d'administration.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration est composé de 20 membres votants, représentant des pays donateurs et récipiendaires, d'organisations non gouvernementales, du secteur privé (entreprises et fondations) et des communautés concernées. Cinq membres non votants si gent également et représentent les partenaires-clés du développement international tels que l'OMS, l'ONUSIDA, la Banque mondiale (qui est l'administrateur du Fonds mondial), les partenariats publics-privés (Par exemple, Faire reculer le paludisme, le Partenariat Halte à la tuberculose et UNTAID) ainsi que le gouvernement Suisse, étant donné le statut du Fonds mondial en tant que fondation suisse. Le Conseil d'administration est responsable de la gouvernance générale du Fonds mondial, de la conception des nouvelles politiques et de l'approbation des subventions. La présidence et la vice-présidence du Conseil si gent pour une durée de deux ans. Chaque poste est occupé alternativement entre les représentants des donateurs et des récipiendaires, de manière à ce que la représentation de ces derniers soit la plus équilibrée et la plus juste possible.

RéCIPiendaIRE PRINCIPAL

Pour chaque subvention, les Instances de coordination nationale désignent une ou plusieurs organisations publiques ou privées comme R cipientaire principal de la proposition. Le R cipientaire principal est légalement responsable de la mise en place locale de la subvention, assure la supervision des sous-récipiendaires ainsi que la communication, auprès de l'Instance de coordination nationale (CCM), sur l'avancement de la subvention.

Le R cipientaire principal travaille également avec le Secrétariat du Fonds mondial au développement d'un accord sur deux ans définissant les objectifs à atteindre. Pendant toute la période couverte par l'accord de subvention, le R cipientaire principal peut déposer des demandes de décaissements additionnels, basées sur les progrès démontrés dans la poursuite de ces objectifs. Ce système de subventions axé sur les performances est un élément central de l'engagement du Fonds mondial aux résultats.

SECRETARIAT DU FONDS MONDIAL

Le Secrétariat du Fonds Mondial est en charge des opérations quotidiennes qui comprennent la mobilisation des ressources des secteurs public et privé, la gestion des subventions, l'apport d'un support financier, juridique et administratif, et la communication d'information sur les activités du Fonds mondial au Conseil d'administration et au public. Le Fonds mondial emploie le minimum de ressources nécessaires et le nombre de ses employés s'élève à environ 600 personnes basées   Genève, ses frais généraux de fonctionnement étant inférieurs à 5 pour cent de ses recettes.

AGENTS LOCAUX DU FONDS

En dehors de ses bureaux de Genève, le Fonds mondial ne dispose pas de présence au niveau des pays concernés par ses actions. En conséquence, il s'appuie sur le conseil indépendant d'Agents locaux du Fonds. Dès les premières phases, l'Agent local du Fonds mondial évalue la capacité du R cipientaire principal désigné à administrer les subventions accordées et à superviser la mise en place du projet. Tout au long de la durée de vie de la subvention, l'Agent local vérifie également les demandes périodiques de décaissement du R cipientaire principal et les progrès accomplis. De plus, les Agents locaux sont chargés de vérifier le rapport annuel remis par les Récipiendaires principaux et de conseiller le Fonds mondial sur les sujets impliquant décaissements et autres actions.

PARTENAIRES TECHNIQUES

En tant que mécanisme de financement, le Fonds mondial ne prend pas directement part aux actions d'assistance technique et de renforcement des compétences des récipiendaires potentiels de ses subventions. En conséquence, le Fonds mondial fait appel à des partenaires de développement pour fournir un soutien aux récipiendaires. Ces organisations - qui comprennent l'ONUSIDA, l'OMS, la Banque Mondiale ainsi que d'autres organismes des Nations Unies comme le PNUD, agences bilatérales et organisations non gouvernementales internationales et locales - travaillent avec les Instances de coordination nationale à l'élaboration des propositions, au renforcement des compétences et à la mise en place

des programmes approuvés. Le Fonds mondial a conscience que certains pays peuvent rencontrer des difficultés lors de la mise en place des subventions et encourage de ce fait les Instances de coordination nationale (CCM) à inclure dans leurs propositions un volet concernant le financement d'actions de soutien technique.

CYCLE DE SUBVENTION DU FONDS MONDIAL

Chaque pays décide des stratégies, des priorités et des programmes qu'il souhaite mettre en œuvre, et chaque pays détermine le niveau de financement qu'il va demander au Fonds mondial, en soumettant des propositions qui seront examinées lors des Séries de financement. Ces propositions et stratégies sont élaborées dans le cadre d'un partenariat étroit entre le gouvernement, la société civile, le secteur privé et les communautés touchées :

- Étape 1** Le Secrétariat du Fonds mondial lance un « Appel à propositions ».
- Étape 2** Chaque Instance de coordination nationale prépare sa proposition en fonction des besoins locaux et des carences de financement. Dans le cadre de ce processus, la CCM désigne un ou plusieurs Récipiendaires principaux. Souvent, les partenaires de développement aident à la préparation de la proposition.
- Étape 3** Le Secrétariat examine les propositions pour vérifier qu'elles répondent aux critères de recevabilité et transmet toutes les propositions recevables au Comité technique d'examen des propositions pour évaluation (TERG).
- Étape 4** Le Comité technique d'examen des propositions (TERG) évalue les fondements techniques de toutes les propositions recevables, et formule l'une des quatre recommandations suivantes au Conseil d'administration du Fonds mondial : (1) financer, (2) financer sous certaines conditions, (3) encourager une nouvelle présentation, et (4) ne pas financer.
- Étape 5** Le Conseil d'administration approuve les subventions en fonction de leur intérêt technique et de la disponibilité des fonds.
- Étape 6** Le Secrétariat établit un contrat avec un Agent local du Fonds dans chaque pays. L'Agent local atteste de la capacité de gestion financière et d'administration du Récipiendaire principal désigné. Sur la base de l'évaluation de l'Agent local, le Récipiendaire principal peut avoir besoin d'une aide technique pour renforcer ses compétences. Les partenaires de développement peuvent mettre en œuvre de telles activités de renforcement des compétences, ou y participer. Le renforcement des compétences identifiées peut être une condition préalable

aux décaissements des fonds, figurant dans l'accord de subvention conclu entre le Fonds mondial et le Récipiendaire principal.

- Étape 7** Le Secrétariat et le Récipiendaire principal négocient un accord de subvention qui explicite les résultats spécifiques mesurables, dont la réalisation sera suivie à l'aide d'un ensemble d'indicateurs clés.
- Étape 8** L'accord de subvention est signé. A la demande du Secrétariat, la Banque mondiale effectue un décaissement initial en faveur du Récipiendaire principal. Le Récipiendaire principal effectue des décaissements aux sous-récipiendaires pour la mise en œuvre, conformément à la proposition.
- Étape 9** Le programme et les prestations de services commencent. En tant qu'organe de coordination au niveau national, l'Instance de coordination nationale (CCM) supervise et contrôle la progression de la mise en œuvre.
- Étape 10** Le Récipiendaire principal soumet périodiquement des demandes de décaissement accompagnées de rapports sur les progrès programmatiques et financiers. L'Agent local du Fonds vérifie ces informations et recommande les décaissements si les progrès établis le justifient. L'absence de progrès déclenche une demande d'action corrective de la part du Secrétariat.
- Étape 11** Le Récipiendaire principal soumet au Secrétariat, par l'intermédiaire de l'Agent local du Fonds, un rapport sur les progrès enregistrés pendant l'exercice fiscal et un audit annuel des comptes financiers du programme.
- Étape 12** Les demandes périodiques de décaissement continuent, les décaissements à venir dépendant des progrès réalisés.
- Étape 13** L'Instance de coordination nationale (CCM) sollicite un nouveau financement après la période de deux ans initialement approuvée. Le Fonds mondial approuve la reconduction du financement en fonction des progrès enregistrés et de la disponibilité des fonds.

ANNEXE 2 (CONT.)

DIVISIONS RÉGIONALES

DU FONDS MONDIAL

BLUE = SEULEMENT DES SUBVENTIONS MULTI-PAYS

AFRIQUE SUBSAHARIENNE (41 PAYS ET TERRITOIRES)

AFRIQUE DE L'EST	AFRIQUE AUSTRALE	AFRIQUE DE L'OUEST & AFRIQUE CENTRALE
BURUNDI	AFRIQUE DU SUD	BÉNIN
COMORES, UNION DES	ANGOLA	BURKINA FASO
CONGO, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU	BOTSWANA	CAMEROUN
ÉRYTHRÉE	LESOTHO	CAP-VERT
ÉTHIOPIE	MALAWI	CENTRAFRICAINE, RÉPUBLIQUE
KENYA	MOZAMBIQUE	CÔTE D'IVOIRE
MADAGASCAR	NAMIBIE	GABON
MAURICE	SEYCHELLES	GAMBIE
OUGANDA	SWAZILAND	GHANA
RWANDA	ZAMBIE	GUINÉE
TANZANIE, RÉPUBLIQUE-UNIE DE	ZIMBABWE	GUINÉE-BISSAU
ZANZIBAR (TANZANIE, RÉPUBLIQUE-UNIE DE)		GUINÉE ÉQUATORIALE
		LIBÉRIA
		NIGÉRIA
		RÉPUBLIQUE DU CONGO
		SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE
		SÉNÉGAL
		SIERRA LEONE
		TOGO

ASIA (33 PAYS ET TERRITOIRES)

ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE		ASIE DU SUD
CAMBODGE	MYANMAR (BIRMANIE)	AFGHANISTAN
CHINE	NIOUÉ, RÉPUBLIQUE DE	BANGLADESH
CORÉE, RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE	PALAOS, RÉPUBLIQUE DE	BHOUTAN
ÉTATS FÉDÉRÉS DE MICRONÉSIE	PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE	INDE
FIDJI, RÉPUBLIQUE DES ÎLES	PHILIPPINES	MALDIVES
INDONÉSIE	SAMOA AMÉRICAINES	NÉPAL
ÎLES COOK	THAÏLANDE	PAKISTAN
ÎLES MARSHALL	TIMOR-ORIENTAL	RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D' IRAN
ÎLES SALOMON	TONGA	SRI LANKA
KIRIBATI, RÉPUBLIQUE DES	TUVALU, ETAT DES	
LAOS, RÉPUBLIQUE	VANUATU	
DÉMOCRATIQUE POPULAIRE DU	VIÊT NAM	
MONGOLIE		

AMÉRIQUE LATINE & CARAÏBES (33 PAYS ET TERRITOIRES)

ANTIGUA-ET-BARBUDA	DOMINICAINE, RÉPUBLIQUE	PARAGUAY
ARGENTINE	ÉQUATEUR	PÉROU
BAHAMAS	EL SALVADOR	SAINT CHRISTOPHE-ET-NIÉVÈS
BARBADE, LA	GRENADE, LA	SAINTE-LUCIE
BELIZE	GUATEMALA	SAINT-VINCENT-ET-LES GRENADINES
BOLIVIE	GUYANA	SURINAME
BRÉSIL	HAÏTI	TRINITÉ-ET-TOBAGO
CHILI	HONDURAS	URUGUAY
COLOMBIE	JAMAÏQUE	VÉNÉZUELA
COSTA RICA	MEXIQUE	
CUBA	NICARAGUA	
DOMINIQUE, LA	PANAMA	

MOYEN ORIENT ET AFRIQUE DU NORD (16 PAYS ET TERRITOIRES)

ALGÉRIE	MALI	TCHAD
CISJORDANIE ET LA BANDE DE	MAURITANIE	TUNISIE
GAZA	MAROC	YÉMEN
DJIBOUTI	NIGER	
ÉGYPTE	SOMALIE	
IRAQ	SOUDAN	
JORDANIE	SYRIENNE, RÉPUBLIQUE ARABE	

EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE (23 PAYS ET TERRITOIRES)

ALBANIE	GÉORGIE	ROUMANIE
ARMÉNIE	KAZAKHSTAN	RUSSIE, FÉDÉRATION DE
AZERBAÏDJAN	KIRGHIZISTAN	SERBIE
BÉLARUS	KOSOVO (SERBIE)	TADJIKISTAN
BOSNIE-HERZÉGOVINE	MACÉDOINE	TURQUIE
BULGARIE	MOLDAVIE, RÉPUBLIQUE DE	TURKMÉNISTAN
CROATIE	MONTÉNÉGRO	UKRAINE
ESTONIE	OUZBÉKISTAN	

ANNEXE 3

RÉCAPITULATIF DES PROGRAMMES FINANÇÉS PAR LE FONDS MONDIAL

(EN DOLLARS US)¹

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
REGION : ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE								
CAMBODGE	1	VIH/sida	14,701,498	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-102-G01-H-00 (Cloturée)	01-Sep-03	14,701,498
	2	VIH/sida	14,765,625	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-202-G02-H-00	01-Jan-04	14,583,357
	2	Paludisme	27,269,519	(M)	Gouv : Minsanté	CAM-202-G03-M-00, (G2)	01-Jan-04	9,683,872
					Gouv : Minsanté	CAM-202-G13-M, (G3)	01-May-09	5,525,141
	2	Tuberculose	6,169,733	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-202-G04-T-00	01-Jan-04	6,169,733
	4	VIH/sida	36,546,134	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-405-G05-H	01-Sep-05	33,045,356
	4	Paludisme	9,857,891	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-405-G06-M	01-Sep-05	9,072,273
	5	VIH/sida	34,963,654	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-506-G07-H	01-Oct-06	25,063,560
	5	HSS	4,698,327	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-506-G08-S	01-Nov-06	2,872,690
	5	Tuberculose	9,022,696	(G2)	Gouv : Minsanté	CAM-506-G09-T	01-Nov-06	6,194,850
	6	Paludisme	14,013,830	(G1)	Gouv : Minsanté	CAM-607-G10-M	01-Jan-08	12,882,779
	7	VIH/sida	23,857,767	(G1)	Gouv : Autre	CAM-708-G11-H	01-Dec-08	14,783,462
	7	Tuberculose	7,597,209	(G1)	Gouv : Autre	CAM-708-G12-T	01-Apr-09	3,798,118
9	VIH/sida	63,502,281	(B1)					
9	Paludisme	43,717,857	(B1)					
CHINE	1	Paludisme	6,406,659	(G2)	Gouv : Autre	CHN-102-G02-M-00	01-Apr-03	6,242,698
	1	Tuberculose	91,118,721	(G3)	Gouv : Autre	CHN-102-G01-T-00	01-Apr-03	69,027,557
	3	VIH/sida	270,566,000	(G3)	Gouv : Autre	CHN-304-G03-H	01-Sep-04	140,177,360
	4	VIH/sida	63,742,277	(G2)	Gouv : Autre	CHN-405-G05-H	01-Jul-05	57,853,608
	4	Tuberculose	199,772,040	(T3)	Gouv : Autre	CHN-405-G04-T	01-Jul-05	55,234,457
	5	VIH/sida	28,902,073	(G2)	Gouv : Autre	CHN-506-G06-H	01-Jul-06	21,451,990
	5	Paludisme	38,522,396	(G2)	Gouv : Autre	CHN-506-G07-M	01-Oct-06	29,676,277
	5	Tuberculose	52,150,130	(M)	Gouv : Autre	CHN-506-G08-T, (G1)	01-Nov-06	19,100,894
					Gouv : Autre	CHN-506-G08-T-e, (G2)	01-Oct-08	13,325,482
	6	VIH/sida	5,812,876	(G1)	Gouv : Autre	CHN-607-G10-H	01-Jan-08	5,806,623
	6	Paludisme	15,465,315	(G2)	Gouv : Autre	CHN-607-G09-M	01-Jul-07	9,010,188
	7	Tuberculose	5,313,263	(G1)	Gouv : Autre	CHN-708-G11-T	01-Oct-08	2,163,165
	8	Tuberculose	29,719,622	(G1)	Gouv : Autre	CHN-809-G12-T	01-Oct-09	6,723,376
N1	Paludisme	88,719,854	(B1)					
9	Tuberculose*	76,075,195	(B1)					
CORÉE (RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE)	8	Paludisme	12,878,865	(T1)				
	8	Tuberculose	25,681,118	(T1)				
FIJI	8	Tuberculose	4,183,944	(T1)				
	9	VIH/sida	1,242,510	(B1)				
INDONÉSIE	1	VIH/sida	5,400,174	(G2)	Gouv : Minsanté	IND-102-G03-H-00	01-Jul-03	5,400,174
	1	Paludisme	19,723,871	(G2)	Gouv : Minsanté	IND-102-G02-M-00	01-Jul-03	19,723,871
	1	Tuberculose	51,766,003	(G2)	Gouv : Minsanté	IND-102-G01-T-00	01-Aug-03	51,766,003
	4	VIH/sida	49,770,446	(G2)	Gouv : Minsanté	IND-405-G04-H	01-Apr-05	43,446,781
	5	Tuberculose	49,978,433	(G2)	Gouv : Minsanté	IND-506-G05-T	01-Jan-07	25,522,019
	6	Paludisme	27,683,015	(G1)	Gouv : Minsanté	IND-607-G06-M	01-Mar-08	24,599,911
	8	VIH/sida	39,821,706	(G1)	Gouv : Autre	IND-809-G07-H	01-Jul-09	2,623,610
					Gouv : Minsanté	IND-809-G08-H	01-Jul-09	7,313,110
				ONG	IND-809-G09-H	01-Jul-09	1,568,083	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
INDONÉSIE (CONT.)	8	Paludisme	63,486,150	(G1)	ONG	IND-809-G13-M	01-Dec-09	4,144,869
					Gouv : Minsanté	IND-809-G14-M	01-Jan-10	24,194,009
	8	Tuberculose	24,131,410	(G1)	ONG	IND-809-G10-T	01-Jul-09	2,386,743
					Gouv : Minsanté	IND-809-G11-T	01-Sep-09	7,414,380
					ONG	IND-809-G12-T	01-Sep-09	1,980,823
9	VIH/sida	27,723,275	(B1)					
ILES SALOMON	8	VIH/sida	785,725	(T1)				
	8	Tuberculose	3,283,614	(T1)				
LAOS (RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE)	1	VIH/sida	3,375,607	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-102-G01-H-00	01-May-03	3,375,607
	1	Paludisme	12,709,087	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-102-G02-M-00	01-May-03	12,709,087
	2	Tuberculose	3,530,391	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-202-G03-T-00	01-Oct-03	3,439,395
	4	VIH/sida	7,747,873	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-405-G04-H	01-Jul-05	6,747,759
	4	Paludisme	14,502,222	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-405-G05-M	01-Jul-05	12,835,438
	4	Tuberculose	3,617,781	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-405-G06-T	01-Sep-05	3,285,244
	6	VIH/sida	7,751,527	(B2)	Gouv : Minsanté	LAO-607-G08-H	01-Nov-07	3,243,046
	6	Paludisme	3,633,039	(G2)	Gouv : Minsanté	LAO-607-G07-M	01-Sep-07	2,036,086
	7	Paludisme	6,740,783	(G1)	Gouv : Minsanté	LAO-708-G09-M	01-Jul-08	5,547,812
	7	Tuberculose	4,368,246	(G1)	Gouv : Minsanté	LAO-708-G10-T	01-Oct-08	2,771,516
	8	VIH/sida	8,207,778	(G1)	Gouv : Minsanté	LAO-809-G11-H	01-Nov-09	4,558,861
MONGOLIE	1	Tuberculose	5,233,730	(G3)	Gouv : Minsanté	MON-102-G01-T-00	01-May-03	4,635,353
	2	VIH/sida	8,810,349	(G3)	Gouv : Minsanté	MON-202-G02-H-00	01-Aug-03	7,528,224
	4	Tuberculose	7,051,881	(T3)	Gouv : Minsanté	MON-405-G03-T	01-Apr-05	4,083,764
	5	VIH/sida	1,898,775	(G1)	Gouv : Minsanté	MON-506-G04-H (Cloturée: regroupée avec MON-202-G02-H-00)	01-Jul-06	1,898,775
	7	VIH/sida	1,440,102	(G1)	Gouv : Minsanté	MON-708-G05-H	01-Jul-08	1,437,217
	9	VIH/sida	2,780,049	(B1)				
MULTI-PAYS PACIFIQUE DE L'OUEST	2	VIH/sida	5,121,886	(G2)	Gouv : Autre	MWP-202-G01-H-00	01-Jul-03	5,121,886
	2	Paludisme	4,175,008	(G2)	Gouv : Autre	MWP-202-G02-M-00 (Cloturée)	01-Jul-03	4,175,008
	2	Tuberculose	2,738,806	(G2)	Gouv : Autre	MWP-202-G03-T-00	01-Jul-03	2,738,806
	5	Paludisme	2,361,908	(G1)	Gouv : Autre	MWP-506-G04-M (Inactive)	01-Jul-06	2,361,908
	5	Paludisme	21,371,554	(G3)	Gouv : Autre	MWP-507-G05-M	01-Jul-07	11,767,610
	7	VIH/sida	10,710,982	(G1)	Gouv : Autre	MWP-708-G06-H	01-Jul-08	8,550,256
	7	Tuberculose	5,643,975	(G1)	Gouv : Autre	MWP-708-G07-T	01-Jul-08	4,057,720
MYANMAR (BIRMANIE)	2	Tuberculose	2,659,494	(B2)	PNUD	MYN-202-G01-T-00 (Résiliée)	01-Jan-05	2,659,494
	3	VIH/sida	5,837,009	(B2)	PNUD	MYN-305-G02-H (Résiliée)	01-Apr-05	5,837,009
	3	Paludisme	2,169,079	(B2)	PNUD	MYN-305-G03-M (Résiliée)		2,169,079
	9	VIH/sida	51,716,207	(B1)				
	9	Paludisme	37,578,282	(B1)				
	9	Tuberculose	34,024,424	(B1)				
PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE	3	Paludisme	20,105,690	(G2)	Gouv : Minsanté	PNG-304-G01-M	01-Aug-04	17,051,813
	4	VIH/sida	17,552,150	(G2)	Gouv : Minsanté	PNG-405-G02-H	01-Sep-05	14,157,579
	6	Tuberculose	19,193,202	(B2)	Gouv : Minsanté	PNG-607-G03-T	01-Oct-07	5,007,911
	8	Paludisme	50,435,031	(G1)	Gouv : Minsanté	PNG-809-G04-M	01-Nov-09	7,936,481
					ONG	PNG-809-G05-M	01-Nov-09	2,584,059
					PNG-809-G06-M	01-Nov-09	13,967,238	
PHILIPPINES	2	Paludisme	45,041,791	(M)	Secteur Privé	PHL-202-G01-M-00 (Suspendue), (G2)	01-Aug-03	11,828,157
					Secteur Privé	PHL-202-G01-M-e (Suspendue), (G3)	01-Aug-03	4,563,148
	2	Tuberculose	110,389,924	(M)	Secteur Privé	PHL-202-G02-T-00	01-Aug-03	11,438,064
					Secteur Privé	PHL-202-G02-T-e	01-Aug-03	16,186,998

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
PHILIPPINES (CONT.)	3	VIH/sida	5,528,825	(G2)	Secteur Privé	PHL-304-G03-H (Suspendue)	01-Aug-04	5,274,139
	5	VIH/sida	6,478,058	(G2)	Secteur Privé	PHL-506-G04-H (Suspendue)	01-Oct-06	4,569,400
	5	Paludisme	14,308,637	(G2)	Secteur Privé	PHL-506-G05-M	01-Jun-06	12,968,047
	5	Tuberculose	16,687,774	(G1)	Secteur Privé	PHL-506-G06-T (Cloturée) (Cloturée: regroupée avec PHL-202-G02-T-e)	01-Oct-06	16,687,774
	6	VIH/sida	7,294,891	(G1)	Gouv : Minsanté	PHL-607-G08-H	01-Dec-07	6,552,575
	6	Paludisme	19,783,098	(B2)	Secteur Privé	PHL-607-G07-M (Suspendue)	01-Oct-07	14,340,684
THAÏLANDE	1	VIH/sida	146,766,828	(G3)	Gouv : Minsanté	THA-102-G01-H-00	01-Oct-03	109,944,308
	1	Tuberculose	12,058,359	(G2)	Gouv : Minsanté	THA-102-G02-T-00	01-Oct-03	10,834,003
	2	VIH/sida	30,156,771	(G2)	ONG	THA-202-G03-H-00	01-Oct-03	15,295,580
					Gouv : Minsanté	THA-202-G04-H-00	01-Nov-03	12,783,633
	2	Paludisme	5,282,000	(G2)	Gouv : Minsanté	THA-202-G05-M-00	01-Mar-04	5,282,000
	3	VIH/sida	1,236,108	(G2)	ONG	THA-304-G06-H	01-Oct-04	1,236,108
	6	Tuberculose	13,514,140	(G2)	Gouv : Minsanté	THA-607-G07-T	01-Oct-07	4,440,354
					ONG	THA-607-G08-T	01-Oct-07	5,137,640
	7	Paludisme	11,939,346	(G1)	Gouv : Minsanté	THA-708-G09-M	01-Jul-08	10,889,633
	8	VIH/sida	32,258,521	(G1)	Gouv : Minsanté	THA-809-G10-H	01-Oct-09	6,567,838
					ONG	THA-809-G11-H	01-Jul-09	2,254,750
					ONG	THA-809-G12-H	01-Aug-09	2,634,878
8	Tuberculose	10,240,102	(G1)	Gouv : Minsanté	THA-809-G13-T	01-Aug-09	3,655,220	
TIMOR-ORIENTAL	2	Paludisme	2,876,903	(G2)	Gouv : Minsanté	TMP-202-G01-M-00	01-Sep-03	2,736,768
	3	Tuberculose	967,650	(B2)	Gouv : Minsanté	TMP-304-G02-T	01-Mar-05	657,853
	5	VIH/sida	8,361,394	(G2)	Gouv : Minsanté	TMP-506-G03-H	01-Jun-07	5,146,750
	7	Paludisme	6,168,687	(G1)	Gouv : Minsanté	TMP-709-G05-M	01-Apr-09	3,006,875
	7	Tuberculose	2,894,205	(G1)	Gouv : Minsanté	TMP-708-G04-T	01-Jan-09	1,952,238
VIET NAM	1	VIH/sida	12,000,000	(G2)	Gouv : Minsanté	VTN-102-G01-H-00	01-Feb-04	12,000,000
	1	Tuberculose	5,404,713	(G2)	Gouv : Minsanté	VTN-102-G02-T-00	01-Jun-04	5,404,713
	3	Paludisme	21,177,956	(G2)	Gouv : Minsanté	VTN-304-G03-M	01-Jan-05	21,177,956
	6	VIH/sida	25,993,338	(B2)	Gouv : Minsanté	VTN-607-G04-H	01-Jan-08	10,219,180
	6	Tuberculose	13,654,280	(B2)	Gouv : Minsanté	VTN-607-G05-T	01-Jan-08	5,161,476
	7	Paludisme	13,536,282	(G1)	Gouv : Minsanté	VTN-708-G06-M	01-Jan-09	5,186,568
	8	VIH/sida	12,717,957	(G1)	Gouv : Minsanté	VTN-809-G07-H	01-Dec-09	4,790,889
	9	VIH/sida	27,363,443	(B1)				
	9	Tuberculose*	19,124,977	(B1)				
TOTALS DE LA REGION			2,748,511,566					1,379,337,962
REGION : EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE								
ALBANIE	5	VIH/sida	4,936,229	(G2)	Gouv : Minsanté	ALB-506-G01-H	01-Apr-07	3,699,052
	5	Tuberculose	1,263,490	(G2)	Gouv : Minsanté	ALB-506-G02-T	01-Apr-07	1,116,289
ARMÉNIE	2	VIH/sida	20,960,576	(M)	ONG	ARM-202-G01-H-00, (G2) (Cloturée: regroupée avec ARM-202-G05-H-00, (G3))	01-Nov-03	9,105,913
					Gouv : Minsanté	ARM-202-G05-H-00, (G3)	01-Oct-09	1,963,063
					ONG	ARM-202-G06-H-00, (G3)	01-Oct-09	1,854,603
	5	Tuberculose	7,345,943	(G2)	Gouv : Minsanté	ARM-506-G02-T	01-Jan-07	
					Gouv : Minsanté	ARM-506-G02-T-e	as above	4,466,423
	8	VIH/sida	1,760,655	(G1)	Gouv : Minsanté	ARM-809-G04-S		
8	Tuberculose	2,591,266	(G1)	Gouv : Minsanté	ARM-809-G03-T	01-Sep-09	531,034	
AZERBAIJAN	4	VIH/sida	10,341,550	(G2)	Gouv : Minsanté	AZE-405-G01-H	01-Jun-05	10,341,550
	5	Tuberculose	4,345,006	(B2)	Gouv : Minsanté	AZE-506-G02-T (Cloturée: regroupée avec AZE-708-G03-T)	01-Oct-06	4,345,006

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
AZERBAIJAN (CONT.)	7	Paludisme	3,469,340	(G1)	Gouv : Minsanté	AZE-708-G04-M	01-Oct-08	3,115,279
	7	Tuberculose	9,513,862	(G1)	Gouv : Minsanté	AZE-708-G03-T	01-Oct-08	5,566,014
	9	VIH/sida	17,742,826	(B1)				
	9	Tuberculose	2,973,770	(B1)				
BELARUS	3	VIH/sida	25,155,645	(T3)	PNUD	BLR-304-G01-H	01-Dec-04	16,761,658
	6	Tuberculose	13,333,654	(G2)	PNUD	BLR-607-G02-T	01-Oct-07	6,829,557
	8	VIH/sida	14,331,779	(G1)	PNUD	BLR-809-G03-H	01-Jan-10	5,806,673
	9	Tuberculose	10,127,774	(B1)				
BOSNIE AND HERZÉGOVINE	5	VIH/sida	11,042,257	(G2)	PNUD	BIH-506-G01-H	01-Nov-06	8,867,887
	6	Tuberculose	5,804,158	(G2)	PNUD	BIH-607-G02-T	01-Oct-07	3,739,223
	9	VIH/sida	21,637,217	(B1)				
	9	Tuberculose*	10,927,996	(B1)				
BULGARIE	2	VIH/sida	41,807,955	(M)	Gouv : Minsanté	BUL-202-G01-H-00, (G2)	01-Jan-04	15,711,882
					Gouv : Minsanté	BUL-202-G01-H-e, (G3)	01-Mar-09	6,523,326
	6	Tuberculose	20,472,648	(B2)	Gouv : Minsanté	BUL-607-G02-T	01-Nov-07	9,712,075
	8	Tuberculose	4,922,729	(G1)	Gouv : Minsanté	BUL-809-G03-T	01-Jan-10	
CROATIE	2	VIH/sida	4,944,324	(G2)	Gouv : Minsanté	HRV-202-G01-H-00 (Cloturée)	01-Dec-03	4,944,324
ESTONIE	2	VIH/sida	10,483,275	(G2)	Gouv : Minsanté	EST-202-G01-H-00 (Cloturée)	01-Oct-03	
					Gouv : Minsanté	EST-202-G01-H-e (Cloturée)	as above	10,483,275
GÉORGIE	2	VIH/sida	35,359,079	(T3)	Gouv : Autre	GEO-202-G01-H-00	01-Mar-04	14,363,254
	3	Paludisme	806,300	(G2)	Gouv : Autre	GEO-304-G02-M	01-Jul-04	806,300
	4	Tuberculose	11,070,492	(T3)	Gouv : Autre	GEO-405-G03-T	01-Apr-05	5,536,965
	6	VIH/sida	10,857,395	(B2)	Gouv : Autre	GEO-607-G06-H	01-Jan-08	6,130,724
	6	Paludisme	2,958,186	(G2)	Gouv : Autre	GEO-607-G04-M	01-Jul-07	1,587,960
	6	Tuberculose	10,373,950	(G2)	Gouv : Autre	GEO-607-G05-T	01-Jul-07	9,314,136
	9	VIH/sida	10,811,524	(B1)				
GLOBAL (LWF)	1	VIH/sida	700,000	(G2)	Org Conf.	WRL-102-G01-H-00 (Cloturée)	01-Feb-03	700,000
KAZAKHSTAN	2	VIH/sida	22,085,999	(G2)	Gouv : Autre	KAZ-202-G01-H-00	01-Dec-03	20,297,372
	6	Tuberculose	9,114,981	(G2)	Gouv : Minsanté	KAZ-607-G02-T	01-Sep-07	6,753,014
	7	VIH/sida	12,485,792	(G1)	Gouv : Autre	KAZ-708-G03-H	01-Jan-09	9,021,947
	8	Tuberculose	30,329,313	(G1)	Gouv : Minsanté	KAZ-809-G04-T		7,574,536
KOSOVO	4	Tuberculose	3,869,861	(G2)	Autre Multi	KOS-405-G01-T	01-Apr-06	
					Autre Multi	KOS-405-G01-T-e	as above	3,212,637
	7	VIH/sida	2,447,792	(G1)	Autre Multi	KOS-708-G02-H	01-Oct-08	1,574,052
9	Tuberculose*	4,176,247	(B1)					
KYRGYZSTAN	2	VIH/sida	17,073,306	(G2)	Gouv : Autre	KGZ-202-G01-H-00	01-Mar-04	17,073,306
	2	Tuberculose	2,771,070	(G2)	Gouv : Minsanté	KGZ-202-G02-T-00	01-Mar-04	2,771,070
	5	Paludisme	3,426,125	(G2)	Gouv : Autre	KGZ-506-G03-M	01-Apr-06	2,877,880
	6	Tuberculose	8,287,814	(G2)	Gouv : Minsanté	KGZ-607-G04-T	01-Jul-07	4,330,108
	7	VIH/sida	11,845,090	(G1)	Gouv : Minsanté	KGZ-708-G05-H	01-Jan-09	4,997,122
	8	Paludisme	2,663,886	(G1)	Gouv : Autre	KGZ-809-G06-M	01-Jan-10	
	9	Tuberculose*	7,811,886	(B1)				
MACÉDOINE (ANCIENNE RÉPUBLIQUE YOUGOSLAVE)	3	VIH/sida	5,904,367	(G2)	Gouv : Minsanté	MKD-304-G01-H	01-Nov-04	5,844,367
	5	Tuberculose	3,023,711	(G2)	Gouv : Minsanté	MKD-506-G02-T	01-Apr-06	
					Gouv : Minsanté	MKD-506-G02-T-e	as above	2,477,102
7	VIH/sida	4,282,748	(G1)	Gouv : Minsanté	MKD-708-G03-H	01-Apr-08	3,696,064	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
MOLDAVIE	1	HIV/TB	11,719,047	(G2)	Gouv : Minsanté	MOL-102-G01-C-00 (Inactive)	01-May-03	11,707,875
	6	VIH/sida	15,937,910	(B2)	Gouv : Minsanté	MOL-607-G03-H	01-Jan-08	6,411,072
	6	Tuberculose	11,175,507	(G2)	Gouv : Minsanté	MOL-607-G02-T	01-Oct-07	7,044,267
	8	VIH/sida	11,521,922	(T1)				
	8	Tuberculose	6,803,190	(G1)	Gouv : Minsanté	MOL-809-G04-T	01-Oct-09	2,587,651
					ONG	MOL-809-G05-T	01-Oct-09	486,963
MONTENEGRO	5	VIH/sida	4,720,817	(G2)	PNUD	MNT-506-G01-H	01-Aug-06	3,252,686
	6	Tuberculose	2,120,358	(G2)	PNUD	MNT-607-G02-T	01-Jul-07	1,462,797
	9	VIH/sida	3,820,102	(B1)				
ROUMANIA	2	VIH/sida	26,861,313	(G2)	Gouv : Minsanté	ROM-202-G01-H-00	01-Jan-04	26,519,207
	2	Tuberculose	16,743,641	(G2)	Gouv : Minsanté	ROM-202-G02-T-00	01-Feb-04	16,684,709
	6	VIH/sida	13,214,874	(G2)	ONG	ROM-607-G03-H	01-Jul-07	10,662,813
	6	Tuberculose	11,026,813	(G2)	ONG	ROM-607-G04-T	01-Oct-07	6,458,440
FÉDÉRATION DE RUSSIE	3	VIH/sida	110,342,354	(G2)	ONG	RUS-304-G01-H	15-Aug-04	91,142,354
	3	Tuberculose	18,212,040	(T3)	ONG	RUS-304-G02-T	01-Dec-04	10,766,486
	4	VIH/sida	119,873,915	(G2)	ONG	RUS-405-G03-H	01-Sep-05	119,478,219
	4	Tuberculose	88,165,448	(G2)	ONG	RUS-405-G04-T	01-Dec-05	86,271,569
	5	VIH/sida	18,497,659	(G2)	ONG	RUS-506-G05-H	01-Sep-06	10,033,184
SERBIE	1	VIH/sida	3,575,210	(G2)	Secteur Privé	SER-102-G01-H-00 (Cloturée)	01-Nov-03	3,575,210
	3	Tuberculose	4,087,979	(G2)	Gouv : Minsanté	SER-304-G02-T	01-Dec-04	4,087,979
	6	VIH/sida	15,106,409	(G2)	Gouv : Minsanté	SER-607-G03-H	01-Jun-07	8,424,203
	8	VIH/sida	5,440,520	(G1)	Gouv : Minsanté	SER-809-G04-H	01-Jul-09	1,121,240
					ONG	SER-809-G05-H	01-Jul-09	1,314,383
	9	Tuberculose	3,441,652	(B1)				
TAJIKISTAN	1	VIH/sida	2,425,245	(G2)	PNUD	TAJ-102-G01-H-00 (Cloturée)	01-May-03	2,425,245
	3	Tuberculose	7,143,900	(T3)	ONG	TAJ-304-G02-T	01-Nov-04	2,761,877
	4	VIH/sida	8,076,667	(G2)	PNUD	TAJ-404-G03-H	01-Jan-05	8,076,667
	5	Paludisme	5,383,510	(G2)	PNUD	TAJ-506-G04-M	01-Apr-06	5,383,510
	6	VIH/sida	6,327,429	(G2)	PNUD	TAJ-607-G05-H (Cloturée: regroupée avec TAJ-809-G07-H)	01-May-07	6,327,429
	6	Tuberculose	6,527,347	(B2)	PNUD	TAJ-607-G06-T (Cloturée: regroupée avec TAJ-809-G09-T)	01-Aug-07	6,527,347
	8	VIH/sida	20,028,140	(B2)	PNUD	TAJ-809-G07-H	01-Nov-09	6,307,804
	8	Paludisme	7,216,351	(G1)	PNUD	TAJ-809-G08-M	01-Oct-09	3,116,336
	8	Tuberculose	20,609,574	(B2)	PNUD	TAJ-809-G09-T	01-Oct-09	7,251,762
TURQUIE	4	VIH/sida	3,272,763	(B2)	Gouv : Minsanté	TUR-405-G01-H (Cloturée)	01-Aug-05	3,272,763
TURKMENISTAN	9	Tuberculose*	7,268,169	(B1)				
UKRAINE	1	VIH/sida	99,127,328	(B2)	ONG	UKR-102-A04-H-00, (B2)		300,000
					Gouv : Autre	UKR-102-G01-H-00 (Résiliée), (B2)	18-Mar-03	311,889
					Gouv : Minsanté	UKR-102-G02-H-00 (Résiliée), (B2)	28-Jan-03	541,682
					PNUD	UKR-102-G03-H-00 (Résiliée), (B2)	17-Feb-03	452,948
					ONG	UKR-102-G04-H-00, (G2)	15-Mar-04	
					ONG	UKR-102-G04-H-e, (G2)	as above	97,386,078
	6	VIH/sida	131,537,035	(G2)	ONG	UKR-607-G05-H	01-Aug-07	30,660,351
				ONG	UKR-607-G06-H	01-Aug-07	21,849,530	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
UZBEKISTAN	3	VIH/sida	21,075,841	(G2)	Gouv : Minsanté	UZB-304-G01-H	01-Dec-04	18,677,958
	4	Paludisme	2,423,089	(G2)	Gouv : Autre	UZB-405-G02-M	01-Apr-05	2,423,089
	4	Tuberculose	13,267,033	(G2)	Gouv : Minsanté	UZB-405-G03-T	01-Apr-05	12,105,033
	8	Paludisme	2,118,038	(G1)	Gouv : Autre	UZB-809-G04-M	01-Dec-09	984,904
	8	Tuberculose	12,098,445	(G1)	Gouv : Minsanté	UZB-809-G05-T	01-Dec-09	2,794,978
TOTAUX DE LA REGION			1,423,012,969					935,856,508
REGION : AMERIQUE LATINE ET CARAÏBES								
ARGENTINE	1	VIH/sida	25,714,818	(M)	PNUD	ARG-102-G01-H-00 (Inactive), (B2)	01-Jul-03	9,049,759
					Secteur Privé	ARG-102-G02-H-00, (G2)	01-Jan-06	16,320,699
BELIZE	3	VIH/sida	2,403,677	(G2)	ONG	BEL-304-G01-H	01-Nov-04	2,182,503
	9	VIH/sida*	3,190,410	(B1)				
BOLIVIE	3	VIH/sida	14,948,532	(B2)	ONG	BOL-304-G01-H (Cloturée), (B2)	26-Jul-04	2,641,751
					PNUD	BOL-306-G04-H (Cloturée), (B2)	01-May-06	1,950,412
					ONG	BOL-307-G07-H, (G2)	01-Feb-07	10,084,865
	3	Paludisme	5,111,092	(B2)	ONG	BOL-304-G02-M (Cloturée)	26-Jul-04	3,025,736
					PNUD	BOL-306-G05-M (Cloturée)	01-May-06	2,085,356
	3	Tuberculose	5,299,074	(B2)	ONG	BOL-304-G03-T (Cloturée), (B2)	26-Jul-04	1,084,486
					PNUD	BOL-306-G06-T, (G2)	01-May-06	4,214,588
	8	Paludisme	6,060,293	(G1)	PNUD	BOL-809-G08-M	01-Oct-09	2,116,856
	9	VIH/sida	9,501,866	(B1)				
	9	Tuberculose	4,379,037	(B1)				
BRÉSIL	5	Tuberculose	23,021,005	(G2)	SC/SP: Autre	BRA-506-G01-T	01-May-07	3,997,328
					SC/SP: Autre	BRA-506-G02-T	01-May-07	11,197,229
	8	Paludisme	25,541,971	(G1)	ONG	BRA-809-G03-M	01-Oct-09	2,809,966
					ONG	BRA-809-G04-M		2,048,240
CHILI	1	VIH/sida	28,835,307	(G2)	Secteur Privé	CHL-102-G01-H-00	01-Aug-03	28,835,307
COLOMBIE	2	VIH/sida	8,669,848	(G2)	Autre Multi	COL-202-G01-H-00	01-Jul-04	8,521,207
	8	Paludisme	24,690,667	(T1)				
	9	VIH/sida*	24,982,216	(B1)				
COSTA RICA	2	VIH/sida	3,583,871	(M)	Gouv : Autre	COR-202-G01-H-00 (Cloturée), (B2)	01-Oct-03	1,767,359
					ONG	COR-202-G02-H-00, (G2)	01-Jan-06	1,799,590
CUBA	2	VIH/sida	36,224,962	(G3)	PNUD	CUB-202-G01-H-00	01-Jul-03	30,405,040
	6	VIH/sida	32,980,666	(B2)	PNUD	CUB-607-G02-H	01-Oct-07	13,952,277
	7	Tuberculose	5,455,745	(G1)	PNUD	CUB-708-G03-T	01-Jan-09	3,709,626
EQUATEUR	2	VIH/sida	13,809,852	(G2)	Gouv : Minsanté	ECU-202-G01-H-00	01-Mar-05	8,818,311
					ONG	ECU-202-G03-H-00	01-Jun-06	4,297,733
	4	Tuberculose	16,353,319	(G2)	ONG	ECU-405-G02-T	01-Nov-05	15,241,511
	8	Paludisme	6,928,698	(G1)	Gouv : Minsanté	ECU-809-G04-M		
					ONG	ECU-809-G05-M		
	9	VIH/sida	10,813,915	(B1)				
9	Tuberculose	6,834,160	(B1)					
GUATEMALA	3	VIH/sida	40,921,918	(G2)	ONG	GUA-304-G01-H	01-Dec-04	35,595,030
	4	Paludisme	13,750,042	(G2)	ONG	GUA-405-G02-M	01-Sep-05	13,369,899
	6	Tuberculose	7,428,357	(B2)	ONG	GUA-607-G03-T	01-Aug-07	3,424,948
	9	Paludisme	21,452,001	(B1)				

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
GUYANA	3	VIH/sida	40,541,008	(T3)	Gouv : Minsanté	GYA-304-G01-H	01-Jan-05	18,504,708
	3	Malaria	2,079,004	(G2)	Gouv : Minsanté	GYA-304-G02-M	01-Jan-05	1,900,231
	4	Tuberculose	1,172,917	(G2)	Gouv : Minsanté	GYA-405-G03-T	01-Oct-05	1,021,028
	7	Paludisme	1,841,470	(G1)	Gouv : Minsanté	GYA-708-G04-M	01-May-09	843,861
	8	VIH/sida	3,917,696	(G1)	Gouv : Minsanté	GYA-809-G05-S	01-Jan-10	
	8	Tuberculose	2,779,969	(T1)				
HAITI	1	VIH/sida	159,733,983	(M)	Secteur Privé	HTI-102-G01-H-00, (G3)	01-Jan-03	102,864,364
					PNUD	HTI-102-G02-H-00 (Inactive), (B2) (Cloturée: regroupée avec HTI-102-G01-H-00, (G3))	01-Jan-03	6,140,386
	3	Malaria	14,431,557	(G2)	Secteur Privé	HTI-304-G03-M	01-Aug-04	13,632,508
	3	Tuberculose	14,447,761	(G2)	Secteur Privé	HTI-304-G04-T	01-Aug-04	13,682,901
	5	VIH/sida	18,821,754	(B2)	Secteur Privé	HTI-506-G05-H (Cloturée: regroupée avec HTI-102-G01-H-00, (G3))	01-Jan-07	18,821,754
	7	VIH/sida	6,199,554	(G1)	Secteur Privé	HTI-708-G06-H (Cloturée: regroupée avec HTI-102-G01-H-00, (G3))	01-Nov-08	3,047,687
	8	Paludisme	33,402,457	(T1)				
	9	Tuberculose*	12,260,870	(B1)				
HONDURAS	1	VIH/sida	52,439,797	(M)	PNUD	HND-102-G01-H-00, (G2)	01-May-03	26,635,846
					SC/SP: Autre	HND-102-G04-H-00, (G3)	01-May-08	15,205,358
	1	Paludisme	11,383,893	(M)	PNUD	HND-102-G03-M-00, (G2)	01-May-03	7,127,623
					SC/SP: Autre	HND-102-G05-M-00, (G3)	01-May-08	1,755,051
	1	Tuberculose	6,597,014	(G2)	PNUD	HND-102-G02-T-00	01-May-03	6,109,673
9	VIH/sida	9,821,491	(B1)					
JAMAÏQUE	3	VIH/sida	23,318,821	(G2)	Gouv : Minsanté	JAM-304-G01-H	01-Jun-04	22,891,437
	7	VIH/sida	15,219,930	(G1)	Gouv : Minsanté	JAM-708-G02-H	01-Aug-08	10,849,289
MEXIQUE	9	VIH/sida	31,008,826	(B1)				
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (LES ANDES)	3	Paludisme	25,369,116	(G2)	Autre Multi	MAA-305-G01-M	01-Oct-05	23,536,157
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (CARICOM)	3	VIH/sida	12,046,368	(G2)	Gouv : Autre	MAC-304-G01-H	01-Nov-04	11,111,750
	9	VIH/sida	14,458,896	(B1)				
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (COPRECS)	9	VIH/sida*	17,599,678	(B1)				
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (CRN+)	4	VIH/sida	3,662,376	(G2)	ONG	MAN-405-G01-H	01-Aug-05	2,577,894
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (MESO)	4	VIH/sida	4,008,581	(G2)	Gouv : Minsanté	MAM-405-G01-H	01-Oct-05	3,776,213
MULTI-PAYS AMÉRIQUES (OECS)	3	VIH/sida	8,898,774	(G2)	Autre Multi	MAE-305-G01-H	01-Mar-05	7,427,567
MULTI-PAYS AMÉRIQUE (REDCA+)	7	VIH/sida	1,722,700	(G1)	ONG	MAR-708-G01-H	01-Oct-08	1,362,399
NICARAGUA	2	VIH/sida	10,108,320	(G2)	ONG	NIC-202-G03-H-00	01-Mar-04	9,861,804
	2	Paludisme	5,593,279	(G2)	ONG	NIC-202-G01-M-00	01-Mar-04	5,584,582
	2	Tuberculose	9,256,865	(M)	ONG	NIC-202-G02-T-00, (T3) (Cloturée: regroupée avec NIC-202-G05-T-00, (G3))	01-Mar-04	2,717,097
					ONG	NIC-202-G05-T-00, (G3)	01-Oct-09	2,109,465
	7	Paludisme	2,868,542	(G1)	ONG	NIC-708-G04-M	01-Apr-09	2,270,086
	8	VIH/sida	23,359,081	(G1)	ONG	NIC-809-G06-H	01-Jan-10	9,283,117
	9	Paludisme*	4,299,868	(B1)				

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
PANAMA	1	Tuberculose	553,817	(G2)	PNUD	PAN-102-G01-T-00 (Cloturée)	01-Apr-03	553,817
PARAGUAY	3	Tuberculose	5,046,045	(T3)	ONG	PRY-304-G01-T	01-Dec-04	2,779,326
	6	VIH/sida	8,832,317	(G2)	ONG	PRY-607-G02-H	01-Jun-07	5,042,441
	7	Tuberculose	2,149,206	(G1)	ONG	PRY-708-G03-T	01-Jul-08	1,999,041
	8	VIH/sida	5,233,070	(G1)	ONG	PRY-809-G04-H	01-Aug-09	2,051,990
	9	VIH/sida	6,463,831	(B1)				
	9	Tuberculose	2,080,336	(B1)				
PÉROU	2	VIH/sida	21,619,940	(G2)	ONG	PER-202-G01-H-00	01-Dec-03	21,619,940
	2	Tuberculose	25,198,382	(G2)	ONG	PER-202-G02-T-00	01-Dec-03	25,198,382
	5	VIH/sida	12,867,465	(G2)	ONG	PER-506-G03-H	01-Sep-06	9,319,609
	5	Tuberculose	29,671,364	(G2)	ONG	PER-506-G04-T	01-Sep-06	19,150,148
	6	VIH/sida	33,409,884	(B2)	ONG	PER-607-G05-H	01-Oct-07	21,149,132
	8	Tuberculose	13,893,019	(G1)	ONG	PER-809-G06-T		
					Gouv : Minsanté	PER-809-G07-T		
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE	2	VIH/sida	87,498,690	(M)	Gouv : Autre	DMR-202-G01-H-00, (G3)	01-Jun-04	55,001,523
					ONG	DMR-202-G04-H-00, (G3)	01-Sep-09	1,735,520
	3	Tuberculose	17,423,440	(T3)	ONG	DMR-304-G02-T, (T3)	01-Oct-04	4,611,860
					Gouv : Minsanté	DMR-309-G07-T, (T1)	01-Oct-09	480,033
	7	Tuberculose	5,650,022	(G1)	ONG	DMR-708-G03-T	01-Oct-08	1,761,512
	8	Paludisme	3,955,506	(G1)	ONG	DMR-809-G05-M	01-Oct-09	300,504
					ONG	DMR-809-G06-M	01-Oct-09	1,095,844
SALVADOR	2	VIH/sida	32,987,036	(G3)	PNUD	SLV-202-G01-H-00, (G3)	01-Aug-03	22,599,835
					Gouv : Minsanté	SLV-202-G03-H-00, (G3)	01-Nov-06	2,545,930
	2	Tuberculose	3,778,225	(M)	PNUD	SLV-202-G02-T-00 (Cloturée), (B2)	01-Dec-03	2,235,389
					Gouv : Minsanté	SLV-202-G04-T-00, (G2)	01-Nov-06	1,542,836
	7	VIH/sida	10,570,700	(G1)	Gouv : Minsanté	SLV-708-G05-H	01-Oct-08	2,679,357
					PNUD	SLV-708-G06-H	01-Oct-08	5,820,306
	9	Tuberculose	3,588,887	(B1)				
SURINAM	3	VIH/sida	4,676,831	(G2)	Gouv : Minsanté	SUR-305-G01-H	01-Feb-05	4,676,830
	4	Paludisme	4,603,345	(G2)	ONG	SUR-404-G02-M	01-Feb-05	4,568,302
	5	VIH/sida	3,838,706	(G2)	Gouv : Minsanté	SUR-506-G03-H	01-Feb-07	2,363,177
	7	Paludisme	2,375,500	(G1)	Gouv : Minsanté	SUR-708-G04-M	01-Apr-09	1,440,500
	9	Tuberculose	3,112,254	(B1)				
TOTAUX DE LA REGION			1,384,637,151					821,522,533
REGION : AFRIQUE DU NORD ET MOYEN ORIENT								
ALGÉRIE	3	VIH/sida	6,945,289	(G2)	Gouv : Minsanté	DZA-304-G01-H	01-Jan-05	6,945,289
DJIBOUTI	4	VIH/sida	11,998,400	(G2)	Gouv : Minsanté	DJB-404-G01-H	01-Mar-05	11,978,365
	6	VIH/sida	10,205,678	(B2)	Gouv : Minsanté	DJB-607-G04-H	01-Jun-07	2,719,910
	6	Paludisme	3,570,083	(B2)	Gouv : Minsanté	DJB-607-G02-M	01-Jun-07	2,611,945
	6	Tuberculose	3,558,810	(B2)	Gouv : Minsanté	DJB-607-G03-T	01-Jun-07	1,116,578
	9	Paludisme*	3,512,353	(B1)				
EGYPTE	2	Tuberculose	4,032,014	(G2)	Gouv : Minsanté	EGY-202-G01-T-00	01-Jul-04	3,965,349
	6	VIH/sida	5,320,880	(G1)	Gouv : Minsanté	EGY-608-G03-H	01-Apr-08	5,089,730
	6	Tuberculose	9,499,628	(G2)	Gouv : Minsanté	EGY-607-G02-T	01-Sep-07	4,786,676
CISJORDANIE ET BANDE DE GAZA	7	VIH/sida	5,014,330	(G1)	PNUD	PSE-708-G01-H	01-Dec-08	2,355,254
	8	Tuberculose	1,307,088	(G1)	PNUD	PSE-809-G02-T	01-Dec-09	391,212

APPROVED PROPOSALS				ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
IRAK	6	Tuberculose	14,500,157	(G2)	PNUD	IRQ-607-G01-T	01-Jan-08	9,893,637
	9	Tuberculose*	14,670,783	(B1)				
JORDANIE	2	VIH/sida	2,427,408	(G2)	Gouv : Minsanté	JOR-202-G01-H-00 (Cloturée)	01-Nov-03	2,427,408
	5	Tuberculose	2,782,864	(G2)	Gouv : Minsanté	JOR-506-G02-T	01-Jul-06	2,192,864
	6	VIH/sida	5,996,658	(G2)	Gouv : Minsanté	JOR-607-G03-H	01-Jul-07	3,744,948
MALI	1	Paludisme	2,592,316	(G2)	Gouv : Minsanté	MAL-102-G01-M-00 (Cloturée)	01-Dec-03	2,592,316
	4	VIH/sida	52,340,436	(G2)	Gouv : Autre	MAL-405-G02-H	01-Jul-05	41,200,338
	4	Tuberculose	6,747,610	(G2)	Gouv : Minsanté	MAL-405-G03-T	01-Aug-05	4,933,080
	6	Paludisme	18,187,814	(M)	Gouv : Minsanté	MAL-607-G04-M, (G1)	01-Nov-07	2,597,529
					ONG	MAL-607-G05-M, (B2)	01-Sep-07	5,754,839
	7	Tuberculose	4,431,284	(G1)	Gouv : Minsanté	MAL-708-G06-T	01-Aug-08	2,953,732
	8	VIH/sida	43,326,234	(G1)	ONG	MAL-809-G07-H	01-Jan-10	4,378,330
Gouv : Autre					MAL-809-G08-H	01-Jan-10	4,305,234	
MAURITANIE	2	Paludisme	2,898,993	(G2)	PNUD	MRT-202-G02-M-00	01-Apr-04	2,051,161
	2	Tuberculose	2,727,889	(G2)	PNUD	MRT-202-G01-T-00	01-May-04	2,406,225
	5	VIH/sida	15,111,273	(G2)	Gouv : Autre	MRT-506-G03-H	01-Sep-06	6,567,216
	6	Paludisme	4,315,126	(G1)	PNUD	MRT-607-G04-M	01-Dec-07	2,460,203
	6	Tuberculose	4,441,686	(G1)	PNUD	MRT-607-G05-T	01-Dec-07	3,024,357
	8	VIH/sida	2,772,376	(T1)				
MAROC	1	VIH/sida	9,238,754	(G2)	Gouv : Minsanté	MOR-102-G01-H-00	01-Mar-03	9,238,754
	6	VIH/sida	24,876,599	(G2)	Gouv : Minsanté	MOR-607-G02-H	01-Jul-07	13,764,566
	6	Tuberculose	4,157,800	(G2)	Gouv : Minsanté	MOR-607-G03-T	01-Jul-07	2,475,696
NIGER	3	VIH/sida	10,713,876	(G2)	Gouv : Autre	NGR-304-G01-H	01-Sep-04	10,419,863
	3	Paludisme	5,702,483	(M)	ONG	NGR-304-G02-M, (B2)	01-Sep-04	4,296,559
					PNUD	NGR-306-G06-M, (G2)	01-Dec-06	1,334,692
	4	Paludisme	11,257,988	(G1)	Autre Multi	NGR-405-G03-M	01-Jul-05	11,189,739
	5	Paludisme	9,631,345	(G2)	PNUD	NGR-506-G04-M	01-Jul-06	6,210,609
	5	Tuberculose	14,293,299	(G2)	PNUD	NGR-506-G05-T	01-Jul-06	9,259,227
	7	VIH/sida	14,502,349	(G1)	Gouv : Autre	NGR-708-G08-H	01-Jul-08	11,106,288
7	Paludisme	31,674,893	(G1)	Org Conf.	NGR-708-G07-M	01-Jul-08	27,477,428	
SOMALIE	2	Paludisme	12,886,413	(G2)	Autre Multi	SOM-202-G01-M-00	01-Jul-04	12,886,413
	3	Tuberculose	13,825,351	(G2)	ONG	SOM-304-G02-T	16-Aug-04	13,661,443
	4	VIH/sida	24,922,007	(G2)	Autre Multi	SOM-405-G03-H	01-Jun-05	23,147,120
	6	Paludisme	24,996,033	(B2)	Autre Multi	SOM-607-G04-M	01-Nov-07	12,226,357
	7	Tuberculose	8,732,844	(G1)	ONG	SOM-708-G05-T	01-Oct-08	5,012,980
	8	VIH/sida	23,962,544	(G1)	Autre Multi	SOM-809-G06-H	01-Jan-10	
SOUDAN	2	Paludisme	25,067,660	(G2)	PNUD	SUD-202-G01-M-00	01-Oct-04	24,662,318
	2	Paludisme	33,240,453	(G2)	PNUD	SUD-202-G03-M-00	01-Apr-05	33,078,042
	2	Tuberculose	14,498,087	(G2)	PNUD	SUD-202-G02-T-00	01-Oct-04	14,498,087
	3	VIH/sida	20,682,531	(G2)	PNUD	SUD-305-G04-H	01-Apr-05	18,815,840
	4	VIH/sida	26,935,365	(G2)	PNUD	SUD-405-G05-H	01-Aug-06	19,584,060
	5	VIH/sida	84,976,035	(G2)	PNUD	SUD-506-G08-H	01-Jan-07	28,652,063
	5	Tuberculose	21,613,754	(G2)	PNUD	SUD-506-G06-T	01-Oct-06	14,131,775
	5	Tuberculose	15,410,235	(G2)	PNUD	SUD-506-G07-T	01-Jan-07	11,440,986
	7	Paludisme	33,512,896	(G1)	ONG	SUD-708-G09-M	01-Dec-08	26,115,395
	7	Paludisme	38,296,873	(G1)	PNUD	SUD-708-G10-M	01-Apr-09	16,482,852
	7	Tuberculose	6,172,805	(G1)	PNUD	SUD-708-G11-T	01-Jan-09	2,461,028
	8	Tuberculose	16,176,758	(T1)				
	9	VIH/sida	27,230,100	(B1)				

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
SYRIE (RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE)	6	Tuberculose	7,377,125	(B2)	PNUD	SYR-607-G01-T	01-Dec-07	3,080,348
TCHAD	2	Tuberculose	3,039,321	(G2)	Gouv : Autre	TCD-202-G01-T-00	01-May-04	2,398,019
	3	VIH/sida	17,783,344	(G2)	Gouv : Autre	TCD-304-G02-H	01-Aug-04	12,382,197
	7	Paludisme	10,477,631	(G1)	PNUD	TCD-708-G03-M	01-Mar-09	4,644,509
	8	VIH/sida	37,807,269	(T1)				
	8	Tuberculose	4,633,116	(T1)				
	9	Paludisme	31,203,546	(B1)				
TUNISIE	6	VIH/sida	16,180,346	(B2)	Gouv : Minsanté	TUN-607-G01-H	01-Sep-07	9,139,305
	8	Tuberculose	3,823,256	(T1)				
YEMEN	2	Paludisme	11,878,206	(G2)	Gouv : Minsanté	YEM-202-G01-M-00	01-Mar-04	11,878,206
	3	VIH/sida	14,460,517	(M)	Gouv : Minsanté	YEM-305-G02-H, (B2)	01-Jul-05	2,247,002
					Gouv : Minsanté	YEM-305-G03-H, (B2)	01-Jul-05	1,645,056
					PNUD	YEM-307-G05-H, (G2)	01-Jan-08	6,013,560
	4	Tuberculose	6,147,507	(G2)	Gouv : Minsanté	YEM-405-G04-T	01-Jul-05	5,946,847
	7	Paludisme	8,013,694	(G1)	Gouv : Minsanté	YEM-708-G06-M	01-Dec-08	3,260,385
	9	Tuberculose*	11,136,828	(B1)				
TOTAUX DE LA REGION			1,058,385,296					591,709,343
REGION : ASIE DU SUD								
AFGHANISTAN	2	3 maladies	3,125,605	(G1)	Gouv : Minsanté	AFG-202-G01-I-00	01-Dec-04	3,125,605
	4	Tuberculose	3,448,773	(G2)	Gouv : Minsanté	AFG-405-G02-T	01-Sep-05	2,678,961
	5	Paludisme	28,316,682	(G2)	Gouv : Minsanté	AFG-506-G03-M	01-Nov-06	15,190,840
					ONG	AFG-509-G06-M	01-Feb-09	7,171,871
	7	VIH/sida	4,767,953	(G1)	Gouv : Minsanté	AFG-708-G04-H	01-Oct-08	285,960
					Gouv : Autre	AFG-708-G05-H	01-Oct-08	1,314,764
	8	Paludisme	40,576,610	(G1)	Gouv : Minsanté	AFG-809-G08-M	01-Nov-09	
					ONG	AFG-809-G09-M	01-Nov-09	10,735,593
					ONG	AFG-809-G10-M		1,601,442
	8	Tuberculose	10,745,222	(G1)	ONG	AFG-809-G07-T	01-Apr-09	3,772,029
BANGLADESH	2	VIH/sida	48,968,561	(T3)	Gouv : MineFi	BAN-202-G01-H-00	01-Mar-04	19,631,639
	3	Tuberculose	42,466,601	(G2)	ONG	BAN-304-G02-T	01-Aug-04	26,743,146
					Gouv : MineFi	BAN-304-G03-T	01-Sep-04	10,185,367
	5	Tuberculose	43,300,976	(G2)	ONG	BAN-506-G04-T	01-May-06	11,186,149
					Gouv : MineFi	BAN-506-G05-T	01-May-06	5,502,085
	6	VIH/sida	36,744,320	(G2)	Gouv : MineFi	BAN-607-G08-H	01-May-07	20,216,223
	6	Paludisme	35,531,250	(G2)	ONG	BAN-607-G06-M	01-May-07	9,261,468
					Gouv : MineFi	BAN-607-G07-M	01-Jun-07	10,435,871
	8	Tuberculose	4,729,947	(G1)	Gouv : MineFi	BAN-809-G09-T	01-Oct-09	
					ONG	BAN-809-G10-T	01-Oct-09	688,820
	9	Paludisme	10,280,071	(B1)				
BHOUTAN	4	Paludisme	1,737,190	(G2)	Gouv : Autre	BTN-405-G01-M	01-Apr-05	1,343,198
	4	Tuberculose	994,298	(G2)	Gouv : Autre	BTN-405-G02-T	01-Apr-05	886,470
	6	VIH/sida	1,502,445	(G1)	Gouv : Autre	BTN-607-G03-H	01-Feb-08	1,009,740
	6	Tuberculose	741,689	(G1)	Gouv : Autre	BTN-607-G04-T	01-Jan-08	550,249
	7	Paludisme	2,046,986	(G1)	Gouv : Autre	BTN-708-G05-M	01-Jul-08	1,691,617
INDE	1	Tuberculose	8,655,033	(G2)	Gouv : Autre	IDA-102-G01-T-00	01-Apr-03	8,250,421
	2	VIH/sida	224,805,561	(T3)	Gouv : Autre	IDA-202-G02-H-00	01-May-04	106,365,233
	2	Tuberculose	113,146,342	(G3)	Gouv : Autre	IDA-202-G03-T-00	01-Apr-04	40,777,676
	3	HIV/TB	14,819,772	(G2)	Gouv : Autre	IDA-304-G04-C	01-Jan-05	14,819,772

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
INDE (CONT.)	4	VIH/sida	292,794,190	(M)	ONG	IDA-405-G05-H, (G2)	01-Apr-05	15,713,025
					Gouv : Autre	IDA-405-G06-H, (T3)	01-Sep-05	122,668,637
	4	Paludisme	63,544,954	(G2)	Gouv : MineFi	IDA-405-G07-M	01-Jul-05	47,705,431
	4	Tuberculose	19,113,943	(G2)	Gouv : Autre	IDA-405-G08-T (Cloturée: regroupée avec IDA-202-G03-T-00)	01-Apr-05	19,113,943
	6	VIH/sida	203,430,828	(M)	ONG	IDA-607-G10-H, (G2)	01-Jun-07	11,660,274
					Gouv : Autre	IDA-607-G11-H, (B2)	01-Jul-07	59,127,314
					ONG	IDA-607-G12-H, (G2)	01-Jun-07	8,429,160
	6	Tuberculose	8,579,594	(B2)	Gouv : Autre	IDA-607-G09-T (Cloturée: regroupée avec IDA-202-G03-T-00)	01-Apr-07	8,579,594
	7	VIH/sida	30,720,116	(G1)	Gouv : Autre	IDA-708-G13-H	01-Sep-08	3,734,625
					Gouv : Minsanté	IDA-708-G14-H	01-Sep-08	5,966,235
					SC/SP: Autre	IDA-708-G15-H	01-Sep-08	4,475,541
9	VIH/sida*	21,000,206	(B1)					
9	Paludisme*	38,105,605	(B1)					
9	Tuberculose	69,477,410	(B1)					
IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE)	2	VIH/sida	15,922,855	(G2)	PNUD	IRN-202-G01-H-00	01-May-05	13,686,763
	7	Paludisme	5,615,598	(G1)	PNUD	IRN-708-G02-M	01-Oct-08	3,172,482
	7	Tuberculose	12,652,286	(G1)	PNUD	IRN-708-G03-T	01-Oct-08	9,208,798
	8	VIH/sida	10,328,021	(T1)				
MALDIVES	6	VIH/sida	4,142,457	(G2)	PNUD	MDV-607-G01-H	01-Sep-07	2,350,538
MULTI-PAYS ASIE (FONDATION INTERNATIONALE NAZ)	9	VIH/sida	18,660,775	(B1)				
NÉPAL	2	VIH/sida	10,365,995	(G2)	Gouv : Minsanté	NEP-202-G01-H-00	01-Apr-04	4,849,147
					PNUD	NEP-202-G05-H-00	01-Oct-06	4,551,995
	2	Paludisme	23,836,272	(M)	Gouv : Minsanté	NEP-202-G02-M-00, (G2)	01-Apr-04	2,459,501
					ONG	NEP-202-G04-M-00, (T3)	01-Dec-05	4,544,691
	4	Tuberculose	10,126,706	(G2)	Gouv : Minsanté	NEP-405-G03-T	01-May-06	6,869,255
	7	VIH/sida	12,321,512	(G1)	PNUD	NEP-708-G09-H	01-Dec-08	5,155,578
					ONG	NEP-708-G10-H	01-Dec-08	2,327,461
					ONG	NEP-708-G11-H	01-Dec-08	1,155,657
	7	Paludisme	9,126,452	(G1)	ONG	NEP-708-G06-M	16-Sep-08	3,064,866
					Gouv : Minsanté	NEP-708-G07-M	16-Sep-08	1,193,717
7	Tuberculose	4,358,040	(G1)	Gouv : Minsanté	NEP-708-G08-T	16-Nov-08	1,982,292	
N1	Tuberculose	16,711,941	(B1)					
PAKISTAN	2	VIH/sida	8,312,200	(G2)	Gouv : Minsanté	PKS-202-G01-H-00	01-Jan-04	7,647,236
	2	Paludisme	3,537,802	(B2)	Gouv : Minsanté	PKS-202-G02-M-00 (Inactive)	01-Jan-04	3,537,802
	2	Tuberculose	4,042,900	(G2)	Gouv : Minsanté	PKS-202-G03-T-00	01-Jan-04	3,901,437
	3	Paludisme	1,548,636	(G1)	Gouv : Minsanté	PKS-304-G04-M	01-Jan-05	1,382,784
	3	Tuberculose	9,903,487	(G2)	Gouv : Minsanté	PKS-304-G05-T	01-Jan-05	8,372,960
	6	Tuberculose	46,349,905	(M)	ONG	PKS-607-G06-T	01-Oct-07	9,556,681
					Gouv : Minsanté	PKS-607-G07-T	01-Dec-07	8,629,063
	7	Paludisme	12,886,680	(G1)	Gouv : Minsanté	PKS-708-G08-M	01-Sep-08	8,516,287
	8	Tuberculose	8,867,642	(G1)	Gouv : Minsanté	PKS-809-G09-T	01-Jul-09	2,109,209
					Secteur Privé	PKS-809-G10-T	01-Sep-09	1,259,208
9	Tuberculose	40,146,549	(B1)					
SRI LANKA	1	Paludisme	7,253,635	(G2)	Gouv : Minsanté	SRL-102-G01-M-00	01-Mar-03	2,077,223
					ONG	SRL-102-G02-M-00	01-Mar-03	4,633,887
	1	Tuberculose	5,465,034	(M)	Gouv : Minsanté	SRL-102-G03-T-00, (G2)	01-Mar-03	3,909,835
					ONG	SRL-102-G04-T-00 (Inactive), (B2)	01-Mar-03	268,292
	4	Paludisme	3,697,315	(G2)	Gouv : Minsanté	SRL-405-G05-M	01-Oct-05	2,159,122
					ONG	SRL-405-G06-M	01-Oct-05	1,152,684

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
SRI LANKA (CONT.)	6	VIH/sida	1,009,700	(G1)	Gouv : Minsanté	SRL-607-G09-H	01-Jan-08	302,600
	6	Tuberculose	4,186,195	(G1)	Gouv : Minsanté	SRL-607-G07-T	01-Jan-08	985,674
					ONG	SRL-607-G08-T	01-Jan-08	624,995
	8	Paludisme	21,630,381	(G1)	Gouv : Minsanté	SRL-809-G10-M	01-Sep-09	1,836,422
					ONG	SRL-809-G11-M	01-Oct-09	2,810,551
					ONG	SRL-809-G12-M	01-Nov-09	1,471,303
	9	VIH/sida*	19,398,656	(B1)				
TOTAUX DE LA REGION			1,780,624,360				786,313,983	
REGION : AFRIQUE SUB-SAHARIENNE – AFRIQUE DE L'EST ET OCEAN INDIEN								
BURUNDI	1	VIH/sida	8,657,000	(G2)	Gouv : Autre	BRN-102-G01-H-00	31-Mar-03	8,657,000
	2	Paludisme	39,089,883	(M)	Gouv : Minsanté	BRN-202-G02-M-00 (Cloturée), (G2)	01-Oct-03	16,568,331
					Gouv : Minsanté	BRN-202-G05-M-00, (G3)	01-Oct-06	17,036,493
	4	Tuberculose	3,381,665	(G2)	Gouv : Minsanté	BRN-405-G03-T	01-May-05	3,050,158
	5	VIH/sida	32,353,173	(G2)	Gouv : Autre	BRN-506-G04-H	01-Jun-06	28,575,237
	7	Tuberculose	4,018,177	(G1)	Gouv : Minsanté	BRN-708-G06-T	01-Sep-08	3,255,533
	8	VIH/sida	36,789,591	(G1)	Gouv : Autre	BRN-809-G07-H		9,087,521
					ONG	BRN-809-G08-H		3,917,612
	9	Paludisme	21,578,809	(B1)				
COMORES (UNION DES COMORES)	2	Paludisme	2,485,878	(G2)	ONG	COM-202-G01-M-00	01-Jun-04	2,422,471
	3	VIH/sida	1,136,900	(G2)	ONG	COM-304-G02-H	01-Jan-05	1,086,463
	8	Paludisme	6,796,406	(T1)				
	9	VIH/sida	2,749,547	(B1)				
CONGO (RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO)	2	Tuberculose	7,625,773	(G2)	PNUD	ZAR-202-G01-T-00 (Inactive)	01-Aug-03	7,601,673
	3	VIH/sida	113,646,453	(G2)	PNUD	ZAR-304-G02-H	01-Jan-05	113,578,847
	3	Paludisme	53,936,609	(G2)	PNUD	ZAR-304-G03-M	01-Jan-05	53,936,608
	5	Tuberculose	27,051,721	(B2)	PNUD	ZAR-506-G04-T	01-Dec-06	19,230,176
	6	Tuberculose	10,584,757	(B2)	PNUD	ZAR-607-G05-T	01-Oct-07	8,182,300
	7	VIH/sida	22,675,188	(G1)	PNUD	ZAR-708-G06-H	01-Dec-08	11,626,217
	8	VIH/sida	71,309,902	(T1)	PNUD	ZAR-809-G10-H		5,208,606
	8	Paludisme	145,520,804	(T1)	ONG	ZAR-809-G07-M	01-Jan-10	66,872,873
	9	Tuberculose*	110,092,302	(B1)				
ERYTHRÉE	2	Malaria	7,911,425	(G2)	Gouv : Minsanté	ERT-202-G01-M-00	28-Nov-03	7,233,883
	3	VIH/sida	17,354,035	(G2)	Gouv : Minsanté	ERT-304-G02-H	01-Sep-04	16,692,156
	5	VIH/sida	28,658,165	(G2)	Gouv : Minsanté	ERT-506-G03-H	01-Sep-06	17,103,758
	6	Paludisme	12,301,265	(B2)	Gouv : Minsanté	ERT-607-G05-M	01-Nov-07	4,622,705
	6	Tuberculose	9,724,961	(B2)	Gouv : Minsanté	ERT-607-G04-T	01-Nov-07	3,087,417
	8	VIH/sida	15,174,249	(G1)	Gouv : Minsanté	ERT-809-G06-H		5,997,748
	9	Paludisme	29,855,990	(B1)				
	ETHIOPIE	1	Tuberculose	26,980,649	(G2)	Gouv : Minsanté	ETH-102-G01-T-00	01-Aug-03
2		VIH/sida	481,959,415	(T3)	Gouv : Autre	ETH-202-G03-H-00	01-Jan-04	129,385,088
2		Paludisme	73,875,211	(G2)	Gouv : Minsanté	ETH-202-G02-M-00	01-Oct-03	73,875,211
4		VIH/sida	401,905,883	(G2)	Gouv : Autre	ETH-405-G04-H	01-Mar-05	244,114,173
5		Paludisme	140,687,413	(G2)	Gouv : Minsanté	ETH-506-G05-M	01-Jul-06	104,036,581
6		Tuberculose	11,792,574	(G1)	Gouv : Minsanté	ETH-607-G06-T	01-Feb-08	7,878,422
7		VIH/sida	64,955,789	(G1)	ONG	ETH-708-G07-H	01-Apr-09	3,089,816
					Gouv : Autre	ETH-708-G08-H	01-Jan-09	22,443,435
					Org Conf.	ETH-708-G09-H	01-Jan-09	6,780,027
8	Paludisme	133,089,526	(G1)	Gouv : Minsanté	ETH-809-G10-M	01-Nov-09	72,178,615	
9	Tuberculose*	19,383,242	(B1)					

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
KENYA	1	VIH/sida	2,650,813	(G1)	ONG	KEN-102-G01-H-00 (Inactive)	01-Apr-03	2,650,813
	1	VIH/sida	220,875	(G1)	ONG	KEN-102-G02-H-00 (Inactive)	01-Apr-03	220,875
	2	VIH/sida	68,006,881	(G2)	Gouv : MineFi	KEN-202-G03-H-00	01-Dec-03	68,006,881
	2	Paludisme	4,640,447	(G2)	Gouv : MineFi	KEN-202-G05-M-00	01-Oct-03	4,640,447
	2	Tuberculose	3,299,522	(G2)	Gouv : MineFi	KEN-202-G04-T-00	01-Nov-03	3,299,522
	4	Paludisme	162,173,085	(G2)	Gouv : MineFi	KEN-405-G06-M	01-Feb-06	102,535,157
	5	Tuberculose	13,499,895	(B2)	Gouv : MineFi	KEN-506-G07-T	01-Sep-06	3,511,242
	6	Tuberculose	4,206,357	(G1)	Gouv : MineFi	KEN-607-G08-T	01-Apr-08	2,961,806
	7	VIH/sida	46,663,495	(G1)	Gouv : MineFi	KEN-708-G09-H	01-Jun-09	11,803,456
				ONG	KEN-708-G10-H	01-Apr-09	4,735,494	
9	Tuberculose*	23,682,114	(B1)					
MADAGASCAR	1	Paludisme	2,000,063	(G2)	ONG	MDG-102-G01-M-00 (Inactive)	01-Feb-03	1,872,363
	2	VIH/sida	1,439,778	(G2)	ONG	MDG-202-G02-H-00 (Cloturée)	01-Nov-03	1,439,778
	2	VIH/sida	5,024,116	(G2)	ONG	MDG-202-G03-H-00	01-May-03	4,992,128
	3	VIH/sida	14,488,982	(G2)	Gouv : Autre	MDG-304-G04-H	01-Nov-04	14,320,111
	3	Paludisme	10,035,054	(G2)	Gouv : Minsanté	MDG-304-G05-M	01-Nov-04	10,002,421
	4	Paludisme	74,939,490	(M)	Gouv : Minsanté	MDG-405-G06-M, (G2)	01-Apr-05	21,446,655
					ONG	MDG-405-G07-M, (G3)	01-Mar-05	28,070,175
	4	Tuberculose	8,323,396	(G2)	Gouv : Autre	MDG-404-G08-T	01-Feb-05	7,946,689
	7	Paludisme	26,095,449	(G1)	Gouv : Minsanté	MDG-708-G09-M	01-Oct-08	12,559,549
					ONG	MDG-708-G10-M	01-Dec-08	2,150,644
	8	VIH/sida	9,799,118	(G1)	Gouv : Autre	MDG-809-G11-H	01-Oct-09	2,166,096
					ONG	MDG-809-G12-H	01-Nov-09	1,565,715
	8	Tuberculose	8,088,328	(T1)				
NI	Paludisme	81,015,431	(B1)					
MAURICE	8	VIH/sida	5,431,655	(G1)	Gouv : Minsanté	MUS-809-G01-H		
						MUS-809-G02-H		857,945
UGANDA	1	VIH/sida	48,878,417	(B2)	Gouv : MineFi	UGD-102-G01-H-00 (Inactive)	15-Jun-03	26,160,888
	2	Paludisme	23,211,300	(B2)	Gouv : MineFi	UGD-202-G02-M-00	15-Mar-04	21,054,781
	2	Tuberculose	4,692,021	(G1)	Gouv : MineFi	UGD-202-G03-T-00	15-Mar-04	4,599,506
	3	VIH/sida	46,362,091	(G2)	Gouv : MineFi	UGD-304-G04-H	01-Jul-05	46,362,091
	4	Paludisme	137,467,137	(G2)	Gouv : MineFi	UGD-405-G05-M	01-Dec-05	59,071,374
	6	Tuberculose	8,103,106	(G1)	Gouv : MineFi	UGD-607-G06-T	01-Mar-08	2,585,105
	7	VIH/sida	70,277,726	(G1)	Gouv : MineFi	UGD-708-G07-H	01-Aug-09	4,250,997
	7	Paludisme	51,422,198	(G1)	Gouv : MineFi	UGD-708-G08-M	01-Dec-09	40,985,476
RWANDA	1	HIV/TB	14,641,046	(G2)	Gouv : Minsanté	RWN-102-G01-C-00	01-May-03	14,641,046
	3	VIH/sida	56,646,465	(G2)	Gouv : Minsanté	RWN-304-G02-H	01-Aug-04	56,646,460
	3	Paludisme	38,597,403	(G3)	Gouv : Minsanté	RWN-304-G03-M	01-Oct-04	32,414,495
	4	Tuberculose	17,027,672	(T3)	Gouv : Minsanté	RWN-404-G04-T	01-Jan-05	10,556,003
	5	HSS	33,945,080	(G2)	Gouv : Minsanté	RWN-505-G05-S	01-Jan-06	33,397,129
	5	Paludisme	39,649,362	(G2)	Gouv : Minsanté	RWN-506-G06-M	01-Mar-06	39,149,502
	6	VIH/sida	50,808,370	(B2)	Gouv : Minsanté	RWN-607-G08-H	01-Jun-07	30,196,743
	6	Tuberculose	7,426,750	(B2)	Gouv : Minsanté	RWN-606-G07-T	01-Mar-07	2,538,357
	7	VIH/sida	63,978,011	(G1)	Gouv : Minsanté	RWN-708-G09-H	01-Oct-08	49,725,380
	8	Paludisme	52,835,617	(G1)	Gouv : Minsanté	RWN-809-G10-M	01-Jul-09	35,985,693
	NI	VIH/sida	213,800,858	(B1)				
	NI	Tuberculose	33,353,241	(B1)				
TANZANIE	1	VIH/sida	5,400,000	(G1)	Gouv : MineFi	TNZ-102-G02-H-00 (Inactive)	01-Nov-03	4,647,000
	1	Paludisme	78,079,834	(G3)	Gouv : Minsanté	TNZ-102-G01-M-00	01-Nov-03	70,222,011
	3	HIV/TB	83,466,904	(G2)	Gouv : MineFi	TNZ-304-G03-C	01-Nov-04	54,798,490
	4	VIH/sida	303,939,165	(M)	Gouv : MineFi	TNZ-405-G04-H, (G2)	01-Sep-05	160,325,676
					ONG	TNZ-405-G05-H, (G2)	01-Jul-05	36,703,100

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
TANZANIE (CONT.)					ONG	TNZ-405-G06-H, (T3)	01-Jul-05	9,374,829
					ONG	TNZ-405-G07-H, (G2)	01-Jul-05	21,471,837
	4	Paludisme	76,086,764	(G2)	Gouv : MineFi	TNZ-405-G08-M	01-Aug-05	75,086,764
	6	Tuberculose	16,498,948	(G1)	Gouv : MineFi	TNZ-607-G09-T	01-Nov-07	15,173,156
	7	Paludisme	20,707,304	(G1)	Gouv : MineFi	TNZ-708-G10-M	01-Jul-08	10,170,104
	8	VIH/sida	121,142,078	(G1)	ONG	TNZ-809-G12-H		1,143,466
					Gouv : MineFi	TNZ-809-G13-H		
	8	Paludisme	100,427,017	(G1)	Gouv : MineFi	TNZ-809-G11-M	01-Nov-09	31,467,018
	9	VIH/sida	97,901,945	(B1)				
	9	Paludisme*	76,050,523	(B1)				
ZANZIBAR (TANZANIE)								
	1	Malaria	1,153,080	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAN-102-G01-M-00	01-Jun-03	1,153,080
	2	VIH/sida	2,302,637	(G2)	Gouv : Autre	ZAN-202-G02-H-00	01-Sep-03	1,432,275
	3	Tuberculose	1,699,867	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAN-304-G03-T	01-Dec-04	1,110,134
	4	Paludisme	8,438,788	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAN-404-G04-M	01-Jan-05	8,438,788
	6	VIH/sida	3,825,619	(G1)	Gouv : Minsanté	ZAN-607-G05-H	01-Dec-07	1,208,108
					Gouv : Autre	ZAN-607-G06-H	01-Dec-07	135,695
	8	Paludisme	5,431,943	(G1)	Gouv : Minsanté	ZAN-809-G07-M	01-Dec-09	
TOTAUX DE LA REGION			4,788,490,959					2,453,532,321
REGION : AFRIQUE SUB-SAHARIENNE – AFRIQUE AUSTRALE								
AFRIQUE DU SUD								
	1	HIV/TB	20,226,665	(B2)	Gouv : MineFi	SAF-102-G01-C-00 (Inactive)	08-Dec-03	2,354,000
					Gouv : MineFi	SAF-102-G02-C-00 (Inactive)	01-Aug-03	17,872,665
	1	HIV/TB	62,476,536	(G2)	Gouv : MineFi	SAF-102-G03-C-00	01-Jan-04	49,771,823
	2	HIV/TB	24,400,220	(G2)	Gouv : Minsanté	SAF-202-G05-C-00	01-Jan-06	17,168,533
	3	VIH/sida	66,501,629	(G2)	Gouv : Minsanté	SAF-304-G04-H	01-Sep-04	62,190,178
	6	VIH/sida	55,071,906	(G1)	Gouv : Minsanté	SAF-607-G06-H	01-Jan-08	34,982,161
	9	VIH/sida	42,577,518	(B1)				
ANGOLA								
	3	Paludisme	35,029,872	(G2)	PNUD	AGO-305-G01-M	01-Apr-05	34,833,388
	4	VIH/sida	86,120,215	(G2)	PNUD	AGO-405-G03-H	01-Oct-05	45,876,284
	4	Tuberculose	10,871,026	(G2)	PNUD	AGO-405-G02-T	01-Aug-05	8,241,814
	7	Paludisme	32,512,648	(G1)	Gouv : Minsanté	AGO-708-G04-M	01-Nov-08	15,927,050
	9	Tuberculose*	11,384,314	(B1)				
BOTSWANA								
	2	VIH/sida	18,580,414	(G1)	Gouv : MineFi	BOT-202-G01-H-00 (Inactive)	01-Jul-04	9,019,119
	5	Tuberculose	8,285,245	(G2)	Gouv : MineFi	BOT-506-G02-T	01-Jan-07	3,975,343
LESOTHO								
	2	VIH/sida	29,312,000	(G2)	Gouv : MineFi	LSO-202-G01-H-00	01-Jan-04	28,884,104
	2	Tuberculose	5,000,000	(G2)	Gouv : MineFi	LSO-202-G02-T-00	01-Jan-04	4,947,928
	5	VIH/sida	39,776,038	(G2)	Gouv : MineFi	LSO-506-G03-H	01-Nov-06	15,781,572
	6	Tuberculose	5,543,805	(G2)	Gouv : MineFi	LSO-607-G04-T	01-Jul-07	3,071,843
	7	VIH/sida	10,626,665	(G1)	Gouv : MineFi	LSO-708-G05-H	01-Jul-08	5,155,757
	8	VIH/sida	35,626,151	(T1)				
	8	Tuberculose	9,569,124	(T1)				
	9	VIH/sida	10,356,112	(B1)				
MALAWI								
	1	VIH/sida	342,557,595	(G3)	Gouv : Autre	MLW-102-G01-H-00	01-Oct-03	225,638,705
	2	Paludisme	36,773,714	(B2)	Gouv : Minsanté	MLW-202-G02-M-00	01-Feb-06	17,957,714
	5	VIH/sida	17,589,438	(G2)	Gouv : Autre	MLW-506-G03-H	01-Oct-06	13,014,913
	5	HSS	51,984,491	(B2)	Gouv : Autre	MLW-506-G04-S	01-Jul-07	21,345,667
	7	VIH/sida	15,078,417	(G1)	Gouv : Autre	MLW-708-G07-H	01-Oct-08	9,529,917
	7	Paludisme	36,545,312	(G1)	Gouv : Autre	MLW-708-G05-M	01-Jan-09	18,683,204
	7	Tuberculose	7,802,037	(G1)	Gouv : Minsanté	MLW-708-G06-T	01-Jan-09	2,825,106
	9	Paludisme	33,170,946	(B1)				

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
MOZAMBIQUE	2	VIH/sida	109,338,584	(M)	Gouv : Autre	MOZ-202-G01-H-00, (B2)	01-Jul-06	6,156,898
					Gouv : Minsanté	MOZ-202-G02-H-00, (G2)	01-Jan-05	75,822,995
	2	Paludisme	28,149,603	(G2)	Gouv : Minsanté	MOZ-202-G03-M-00	01-Jan-05	23,489,200
	2	Tuberculose	14,200,659	(G2)	Gouv : Minsanté	MOZ-202-G04-T-00	01-Jan-05	9,323,228
	6	VIH/sida	70,041,322	(B2)	Gouv : Minsanté	MOZ-607-G05-H	01-Jul-07	16,012,381
	6	Paludisme	33,353,933	(B2)	Gouv : Minsanté	MOZ-607-G06-M	01-Jul-07	13,123,695
	7	Tuberculose	6,735,303	(G1)	Gouv : Minsanté	MOZ-708-G07-T	01-Jul-08	2,134,834
	8	VIH/sida	11,823,414	(T1)				
	9	VIH/sida*	69,377,979	(B1)				
9	Paludisme	67,401,102	(B1)					
MULTI – PAYS AFRIQUE (SADC)	9	VIH/sida*	24,587,661	(B1)				
MULTI – PAYS AFRIQUE (RMCC)	2	Paludisme	41,101,873	(G3)	ONG	MAF-202-G01-M-00	01-Aug-03	25,237,548
	5	Paludisme	6,501,141	(B2)	ONG	MAF-506-G02-M	01-Jul-06	6,501,141
NAMIBIE	2	VIH/sida	213,059,806	(T3)	Gouv : Minsanté	NMB-202-G01-H-00	01-Jan-05	87,629,806
	2	Paludisme	9,103,621	(T3)	Gouv : Minsanté	NMB-202-G03-M-00	01-Jan-05	6,199,265
	2	Tuberculose	2,129,814	(T3)	Gouv : Minsanté	NMB-202-G02-T-00	01-Jan-05	1,294,610
	5	Tuberculose	17,204,526	(G2)	Gouv : Minsanté	NMB-506-G04-T	01-Jun-06	12,592,920
	6	Paludisme	13,553,569	(B2)	Gouv : Minsanté	NMB-607-G06-M	01-Aug-07	8,450,571
SWAZILAND	2	VIH/sida	49,276,920	(G2)	Gouv : Autre	SWZ-202-G01-H-00	01-Aug-03	47,878,166
	2	Paludisme	1,478,928	(G2)	Gouv : Autre	SWZ-202-G02-M-00	01-Sep-03	1,477,328
	3	Tuberculose	2,506,000	(G2)	Gouv : Autre	SWZ-304-G03-T	01-Jan-05	2,232,681
	4	VIH/sida	45,839,731	(G2)	Gouv : Autre	SWZ-405-G04-H	01-Oct-05	19,310,179
	7	VIH/sida	28,380,316	(G1)	Gouv : Autre	SWZ-708-G05-H	01-Jan-09	5,507,827
	8	VIH/sida	7,173,715	(G1)	Gouv : Autre	SWZ-809-G08-S		3,473,013
	8	Paludisme	5,051,555	(G1)	Gouv : Autre	SWZ-809-G06-M	01-Jul-09	2,561,700
	8	Tuberculose	4,163,873	(G1)	Gouv : Autre	SWZ-809-G07-T	01-Jan-10	970,176
ZAMBIE	1	VIH/sida	90,325,778	(M)	Gouv : Minsanté	ZAM-102-G01-H-00, (G2)	25-Jul-03	35,757,291
					Org Conf.	ZAM-102-G04-H-00, (G2)	25-Jul-03	22,840,611
					Gouv : MineFi	ZAM-102-G07-H-00, (B2)	01-Mar-05	3,057,134
					ONG	ZAM-102-G08-H-00, (G2)	25-Jul-03	20,204,481
	1	Paludisme	39,273,800	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAM-102-G02-M-00	15-Aug-03	35,291,300
					Org Conf.	ZAM-102-G05-M-00	01-Aug-03	3,382,491
	1	Tuberculose	47,337,256	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAM-102-G03-T-00	25-Jul-03	18,354,137
					Org Conf.	ZAM-102-G06-T-00	25-Jul-03	10,364,690
					ONG	ZAM-102-G15-T-00	01-Dec-05	1,164,676
	4	VIH/sida	236,318,738	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAM-405-G09-H	01-Nov-05	41,073,687
					Org Conf.	ZAM-405-G10-H	01-Jul-05	59,751,973
					ONG	ZAM-405-G11-H	01-Jul-05	19,878,049
					Gouv : MineFi	ZAM-405-G12-H	01-Oct-05	7,570,956
	4	Paludisme	42,721,807	(G2)	Gouv : Minsanté	ZAM-405-G13-M	01-Nov-05	17,466,449
					Org Conf.	ZAM-405-G14-M	01-Jul-05	10,956,384
	7	Paludisme	17,715,924	(G1)	Gouv : Minsanté	ZAM-708-G17-M	01-Jul-08	
					Org Conf.	ZAM-708-G19-M	01-Jul-08	3,443,251
	7	Tuberculose	3,882,948	(G1)	Gouv : Minsanté	ZAM-708-G16-T	01-Jul-08	
					Org Conf.	ZAM-708-G18-T	01-Jul-08	1,518,189
					ONG	ZAM-708-G20-T	01-Jul-08	613,668
	8	VIH/sida	129,368,645	(T1)	Org Conf.	ZAM-809-G21-H	01-Oct-09	11,488,454
					ONG	ZAM-809-G22-H	01-Dec-09	741,161
Gouv : MineFi					ZAM-809-G23-H		2,949,150	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
ZIMBABWE	1	VIH/sida	14,100,000	(M)	PNUD	ZIM-102-G01-H-00, (B2)	01-May-05	6,312,533
					Gouv : Autre	ZIM-102-G07-H, (G2)	01-Nov-07	4,836,910
	1	Paludisme	8,559,911	(G2)	Gouv : Minsanté	ZIM-102-G02-M-00	01-Aug-04	8,250,984
	5	VIH/sida	35,931,159	(G1)	Gouv : Autre	ZIM-506-G03-H	01-Aug-07	13,663,668
					Org Conf.	ZIM-506-G04-H	01-Jun-07	1,292,404
					PNUD	ZIM-509-G10-H	01-Aug-09	20,440,040
	5	Paludisme	20,121,670	(G1)	Gouv : Minsanté	ZIM-506-G06-M (Cloturée: regroupée avec ZIM-509-G09-M)	01-Oct-07	7,956,305
					PNUD	ZIM-509-G09-M	01-Aug-09	11,784,474
	5	Tuberculose	9,230,076	(G1)	Org Conf.	ZIM-506-G05-T (Cloturée: regroupée avec ZIM-509-G08-T)	01-Sep-07	3,410,626
					PNUD	ZIM-509-G08-T	01-Aug-09	5,694,529
	8	VIH/sida	84,641,215	(G1)	PNUD	ZIM-809-G11-H	01-Nov-09	20,053,712
	8	Paludisme	67,081,814	(G1)	PNUD	ZIM-809-G13-M	01-Nov-09	20,319,314
					PNUD	ZIM-809-G14-S	01-Nov-09	2,093,308
8	Tuberculose	28,236,113	(G1)	PNUD	ZIM-809-G12-T	01-Nov-09	11,260,969	
TOTALS DE LA REGION			2,917,731,855					1,511,667,308
REGION : AFRIQUE SUB-SAHARIENNE – AFRIQUE CENTRALE ET DE L'OUEST								
BÉNIN	1	Paludisme	2,973,150	(G2)	PNUD	BEN-102-G01-M-00	01-May-03	2,955,032
	2	VIH/sida	17,324,228	(G2)	PNUD	BEN-202-G03-H-00	25-Jul-03	16,729,577
	2	TB	3,104,104	(G2)	PNUD	BEN-202-G02-T-00	01-Nov-03	3,095,158
	3	Paludisme	71,500,892	(T3)	ONG	BEN-304-G04-M	01-Nov-04	2,422,783
	5	VIH/sida	55,543,683	(G2)	Gouv : Minsanté	BEN-506-G05-H	01-Jan-07	21,802,809
	6	Tuberculose	10,340,488	(G2)	Gouv : Minsanté	BEN-607-G06-T	01-Jun-07	5,750,869
	7	Paludisme	12,732,039	(G1)	Org Conf.	BEN-708-G07-M	01-Jul-08	5,969,467
	9	VIH/sida	72,389,792	(B1)				
	9	Tuberculose	4,219,273	(B1)				
BURKINA FASO	2	VIH/sida	16,417,522	(M)	PNUD	BUR-202-G02-H-00, (B2)	01-Dec-03	8,789,010
					Gouv : Minsanté	BUR-202-G04-H-00, (G2)	01-Oct-06	5,487,521
	2	Paludisme	7,499,988	(G1)	PNUD	BUR-202-G01-M-00 (Inactive)	01-Dec-03	6,812,492
	4	Tuberculose	16,984,217	(M)	PNUD	BUR-404-G03-T, (B2)	01-Jan-05	5,492,614
					Gouv : Minsanté	BUR-407-G05-T, (G2)	01-Jun-07	10,685,907
	6	VIH/sida	59,113,212	(B2)	Gouv : Autre	BUR-607-G06-H	01-Oct-07	27,016,544
	7	Paludisme	17,293,395	(G1)	Gouv : Autre	BUR-708-G07-M	01-May-08	16,799,815
	8	Paludisme	62,363,738	(G1)	Gouv : Autre	BUR-809-G08-M	01-Sep-09	513,513
					ONG	BUR-809-G09-M	01-Sep-09	5,309,836
8	Tuberculose	16,576,422	(T1)					
CAMEROUN	3	VIH/sida	74,233,620	(G2)	Gouv : Minsanté	CMR-304-G01-H	01-Jan-05	55,500,617
	3	Paludisme	31,781,187	(G2)	Gouv : Minsanté	CMR-304-G02-M	01-Jan-05	29,881,464
	3	Tuberculose	5,804,961	(G2)	Gouv : Minsanté	CMR-304-G03-T	01-Jan-05	5,478,819
	4	VIH/sida	16,194,089	(G2)	ONG	CMR-404-G04-H	01-Jan-05	15,915,458
	5	VIH/sida	15,178,464	(G2)	Gouv : Minsanté	CMR-506-G05-H	01-Aug-06	6,555,456
	5	Paludisme	15,665,908	(G2)	Gouv : Minsanté	CMR-506-G06-M	01-Nov-06	6,649,991
	9	Paludisme	116,656,877	(B1)				
	9	Tuberculose	10,231,787	(B1)				
CAP VERT	8	VIH/sida	5,321,184	(T1)				
CENTRAFRIQUE (RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE)	2	VIH/sida	23,056,692	(G2)	PNUD	CAF-202-G01-H-00	01-Oct-03	23,056,692
	4	VIH/sida	10,658,677	(G2)	PNUD	CAF-404-G02-H (Cloturée: regroupée avec CAF-409-G06-H)	01-Jan-05	8,495,262
					Gouv : Minsanté	CAF-409-G06-H		1,515,742
4	Paludisme	16,663,897	(G2)	PNUD	CAF-405-G04-M	01-May-05	12,671,585	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
CENTRAFRIQUE (RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE) (CONT.)	4	Tuberculose	4,217,417	(G2)	PNUD	CAF-404-G03-T (Cloturée: regroupée avec CAF-409-G07-T)	01-Jan-05	3,111,176
					Gouv : Minsanté	CAF-409-G07-T	01-Jul-09	256,983
	7	VIH/sida	15,799,899	(G1)	Gouv : Minsanté	CAF-708-G05-H	01-Jan-09	2,738,868
	8	Paludisme	15,005,314	(T1)				
	9	Tuberculose*	18,246,076	(B1)				
CONGO (RÉPUBLIQUE DU CONGO)	5	VIH/sida	47,652,804	(G2)	Gouv : Autre	COG-506-G01-H	01-Dec-06	
					Gouv : Autre	COG-506-G01-H-e	as above	14,254,161
	8	Paludisme	37,925,460	(T1)				
	8	Tuberculose	3,291,934	(T1)				
	9	VIH/sida*	16,155,890	(B1)				
CÔTE D'IVOIRE	2	VIH/sida	49,089,450	(G2)	PNUD	CIV-202-G01-H-00	01-Dec-03	20,987,347
					ONG	CIV-202-G05-H	01-Aug-07	18,929,673
	3	VIH/sida	1,023,534	(G1)	ONG	CIV-304-G02-H (Inactive)	01-Apr-04	1,023,467
	3	Tuberculose	3,830,107	(G2)	PNUD	CIV-304-G03-T	01-Apr-04	3,742,346
	5	VIH/sida	4,032,748	(G1)	ONG	CIV-506-G04-H	01-Aug-06	4,013,260
	6	Paludisme	10,376,145	(G1)	ONG	CIV-607-G06-M	01-Dec-07	9,447,380
	6	Tuberculose	3,533,198	(G1)	Gouv : Minsanté	CIV-607-G07-T	01-Apr-08	3,099,523
	8	Paludisme	153,639,236	(G1)	ONG	CIV-809-G08-M		10,387,113
					Gouv : Minsanté	CIV-809-G09-M		1,174,404
	9	VIH/sida	69,081,026	(B1)				
9	Tuberculose	14,504,515	(B1)					
GABON	3	VIH/sida	7,306,437	(G2)	PNUD	GAB-304-G01-H (Cloturée: regroupée avec GAB-304-G01-H-e)	01-Oct-04	5,092,967
					PNUD	GAB-304-G01-H-e	01-Oct-04	1,797,515
	4	Paludisme	8,616,322	(G2)	PNUD	GAB-404-G02-M	01-Jan-05	8,616,322
	5	Paludisme	14,801,221	(M)	PNUD	GAB-506-G03-M, (B2) (Cloturée: regroupée avec GAB-509-G04-M, (G2))	01-Aug-06	4,160,323
					Gouv : Minsanté	GAB-509-G04-M, (G2)	01-Apr-09	3,891,808
8	VIH/sida	8,259,300	(G1)	Gouv : Minsanté	GAB-809-G05-H	01-Jan-10	3,004,246	
GAMBIE	3	VIH/sida	14,568,678	(G2)	Gouv : Autre	GMB-304-G01-H	01-Oct-04	14,563,907
	3	Paludisme	27,956,725	(T3)	Gouv : Minsanté	GMB-304-G02-M	01-Oct-04	14,794,704
	5	Tuberculose	5,032,929	(G2)	Gouv : Minsanté	GMB-506-G03-T	01-Jun-06	4,036,797
	6	Paludisme	18,060,099	(G2)	Gouv : Minsanté	GMB-607-G04-M	01-Jul-07	11,364,267
	8	VIH/sida	19,322,569	(G1)	Gouv : Autre	GMB-809-G05-H	01-Jan-10	2,731,690
					ONG	GMB-809-G06-H	01-Dec-09	1,428,999
	9	Paludisme	10,611,436	(B1)				
9	Tuberculose*	8,049,144	(B1)					
GHANA	1	VIH/sida	14,170,222	(G2)	Gouv : Minsanté	GHN-102-G01-H-00	01-Jan-03	14,170,222
	1	Tuberculose	5,687,055	(G2)	Gouv : Minsanté	GHN-102-G02-T-00	01-Jan-03	5,685,493
	2	Paludisme	8,849,491	(G2)	Gouv : Minsanté	GHN-202-G03-M-00	01-Sep-03	8,849,491
	4	Paludisme	108,489,987	(G3)	Gouv : Minsanté	GHN-405-G04-M	01-Mar-05	57,250,961
	5	VIH/sida	97,098,678	(G2)	Gouv : Minsanté	GHN-506-G06-H	01-May-06	68,157,258
	5	Tuberculose	31,471,784	(G2)	Gouv : Minsanté	GHN-506-G05-T	01-May-06	24,238,637
	8	VIH/sida	49,350,970	(G1)	ONG	GHN-809-G09-H		1,479,958
					ONG	GHN-809-G10-H		1,212,528
					Gouv : Minsanté	GHN-809-G11-H		16,278,881
						GHN-809-G12-H		6,419,944
	8	Paludisme	39,639,117	(M)	Gouv : Minsanté	GHN-809-G07-M		2,288,504
				ONG	GHN-809-G08-M		6,395,068	

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION		DÉCAISSEMENTS	
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDÉES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPiendaIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
GUINÉE	2	VIH/sida	9,651,105	(G2)	Gouv : Minsanté	GIN-202-G01-H-00	01-Apr-04	5,236,707
	2	Paludisme	6,893,509	(B2)	Gouv : Minsanté	GIN-202-G02-M-00	01-Apr-04	5,125,461
	5	Tuberculose	6,909,640	(G2)	Gouv : Minsanté	GIN-506-G03-T	01-Feb-07	4,041,512
	6	VIH/sida	4,585,405	(G1)	Gouv : Minsanté	GIN-607-G04-H	01-Jan-08	1,944,841
	6	Paludisme	17,339,248	(G1)	Gouv : Minsanté	GIN-607-G05-M	01-Jan-08	1,289,333
	9	Tuberculose	4,035,589	(B1)				
GUINÉE EQUATORIALE	4	VIH/sida	9,824,836	(G2)	PNUD	GNQ-405-G01-H	01-Jul-05	5,782,477
	5	Paludisme	23,074,306	(G2)	ONG	GNQ-506-G02-M	01-Oct-06	15,035,143
GUINÉE BISSAU	3	Tuberculose	2,564,139	(G2)	PNUD	GNB-304-G01-T (Cloturée: regroupée avec GNB-309-G06-T)	01-Jul-04	1,927,068
					Gouv : Minsanté	GNB-309-G06-T	01-Jul-04	536,945
	4	VIH/sida	3,279,759	(G2)	PNUD	GNB-404-G02-H (Cloturée: regroupée avec GNB-409-G07-H)	01-Nov-04	1,921,443
					Gouv : Minsanté	GNB-409-G07-H	01-Nov-04	1,114,970
	4	Paludisme	3,080,328	(G2)	PNUD	GNB-404-G03-M (Cloturée: regroupée avec GNB-409-G08-M)	01-Jan-05	2,120,329
					Gouv : Minsanté	GNB-409-G08-M	01-Jan-05	521,948
	6	Paludisme	3,438,484	(G1)	Gouv : Minsanté	GNB-607-G04-M	01-Dec-07	2,671,727
	7	VIH/sida	13,182,390	(G1)	Gouv : Autre	GNB-708-G05-H	01-Feb-09	3,551,769
	8	Tuberculose	893,288	(T1)				
	9	Paludisme	9,215,178	(B1)				
9	Tuberculose*	10,766,380	(B1)					
LIBERIA	2	VIH/sida	7,658,187	(G1)	PNUD	LBR-202-G01-H-00	01-Dec-04	7,429,767
	2	Tuberculose	4,534,017	(G1)	PNUD	LBR-202-G02-T-00	01-Dec-04	4,298,100
	3	Paludisme	12,140,921	(G1)	PNUD	LBR-304-G03-M	01-Dec-04	11,876,058
	6	VIH/sida	31,147,984	(B2)	PNUD	LBR-607-G04-H	01-Jun-07	16,803,439
	7	Paludisme	12,695,907	(G1)	PNUD	LBR-708-G05-M	01-Jun-08	9,474,118
	7	Tuberculose	6,408,872	(G1)	PNUD	LBR-708-G06-T	01-Jun-08	5,241,612
	8	VIH/sida	19,686,666	(T1)				
MULTI-PAYS AFRIQUE (PROGRAMME OCAL - ORGANISATION DU CORRIDOR ABIDJAN-LAGOS)	6	VIH/sida	19,092,500	(G1)	ONG	MAW-607-G01-H	01-Sep-07	17,749,112
NIGERIA	1	VIH/sida	8,708,684	(B2)	Gouv : Autre	NGA-102-G01-H-00 (Inactive)	01-Jan-04	6,770,276
	1	VIH/sida	1,687,599	(G1)	ONG	NGA-102-G02-H-00 (Inactive)	01-Dec-03	816,305
	1	VIH/sida	17,772,103	(B2)	Gouv : Autre	NGA-102-G03-H-00 (Inactive)	01-Jan-04	12,948,323
	2	Paludisme	20,994,149	(B2)	ONG	NGA-202-G04-M-00	01-Dec-04	20,241,784
					ONG	NGA-404-G05-M	01-Jan-05	38,481,707
	4	Paludisme	74,542,287	(G2)	ONG	NGA-407-G10-M	01-Jan-08	25,670,295
					Gouv : Autre	NGA-506-G07-H	01-Jan-07	72,699,420
					ONG	NGA-506-G08-H	01-Jan-07	12,560,992
	5	Tuberculose	63,740,481	(M)	ONG	NGA-506-G09-H	01-Jan-07	15,378,638
					Org Conf.	NGA-506-G06-T, (B2)	01-Jan-07	23,932,485
					ONG	NGA-509-G15-T, (G2)	01-Oct-09	7,721,243
	8	VIH/sida	55,379,935	(G1)	Gouv : Autre	NGA-809-G12-S	01-Nov-09	20,975,288
	8	Paludisme	284,906,626	(G1)	ONG	NGA-809-G11-M	01-Aug-09	48,402,067
					ONG	NGA-809-G13-M	01-Nov-09	85,580,403
					Gouv : Minsanté	NGA-809-G14-M	01-Nov-09	78,066,740
9	VIH/sida	61,980,496	(B1)					
9	Tuberculose*	31,515,160	(B1)					

APPROVED PROPOSALS					ACCORDS DE SUBVENTION			DÉCAISSEMENTS
PAYS OU TERRITOIRE ²	SÉRIE	MALADIE	MONTANT DES SUBVENTIONS ACCORDEES (DOLLARS US) ³	STATUT ³	TYPE DE RÉCIPIENDAIRE PRINCIPAL ⁴	NUMÉRO DE SUBVENTION	DATE DE DÉMARRAGE DU PROGRAMME	MONTANTS DÉCAISSÉS (EQUIVALENT \$US)
SAO TOMÉ ET PRINCIPE	4	Paludisme	3,484,859	(G2)	PNUD	STP-405-G01-M	01-Mar-05	3,024,212
	5	VIH/sida	1,370,682	(G2)	PNUD	STP-506-G02-H	01-Oct-06	854,715
	7	Paludisme	4,118,449	(G1)	PNUD	STP-708-G03-M	01-Nov-08	1,756,733
	8	Tuberculose	1,015,080	(G1)	PNUD	STP-809-G04-T	01-Dec-09	431,990
SÉNÉGAL	1	VIH/sida	11,714,285	(G2)	Gouv : Autre	SNG-102-G01-H-00	01-Apr-03	8,748,915
					ONG	SNG-102-G04-H-00	01-Apr-06	2,906,326
	1	Paludisme	4,285,714	(B2)	Gouv : Minsanté	SNG-102-G02-M-00 (Inactive)	01-Apr-03	1,526,770
	4	Paludisme	28,778,260	(G2)	Gouv : Minsanté	SNG-405-G03-M	01-Sep-05	23,697,528
	6	VIH/sida	31,993,878	(G2)	Gouv : Autre	SNG-607-G05-H	01-Jun-07	10,686,614
					ONG	SNG-607-G06-H	01-Jun-07	6,013,806
	7	Paludisme	28,558,710	(G1)	Gouv : Minsanté	SNG-708-G07-M	01-Jun-08	17,107,808
	7	Tuberculose	4,232,754	(G1)	Gouv : Minsanté	SNG-708-G08-T	01-Nov-08	3,589,818
9	VIH/sida	43,676,550	(B1)					
SIERRA LEONE	2	Tuberculose	5,030,837	(G2)	ONG	SLE-202-G01-T-00	01-Jan-04	5,030,837
	4	VIH/sida	17,820,803	(G2)	Gouv : Autre	SLE-405-G02-H	01-Jun-05	14,759,969
	4	Paludisme	8,886,123	(G1)	ONG	SLE-405-G03-M	01-May-05	6,956,097
	6	VIH/sida	9,627,778	(G1)	Gouv : Autre	SLE-607-G04-H	01-Feb-08	8,850,975
	7	Paludisme	10,011,250	(G1)	Gouv : Minsanté	SLE-708-G05-M	01-May-08	7,634,749
	7	Tuberculose	4,336,448	(G1)	Gouv : Minsanté	SLE-708-G06-T	01-Nov-08	1,890,238
	9	VIH/sida	35,159,372	(B1)				
TOGO	2	VIH/sida	15,455,477	(B2)	PNUD	TGO-202-G01-H-00	01-Oct-03	14,088,308
	3	Paludisme	5,885,906	(G2)	PNUD	TGO-304-G02-M	01-May-04	5,856,835
	3	Tuberculose	1,801,888	(G2)	PNUD	TGO-304-G03-T	01-May-04	1,801,888
	4	VIH/sida	30,559,938	(G2)	ONG	TGO-405-G04-H	01-Apr-05	28,098,692
	4	Paludisme	10,694,981	(G2)	PNUD	TGO-405-G05-M	01-Oct-05	10,267,246
	6	Paludisme	9,468,600	(B2)	PNUD	TGO-607-G06-M	01-Jan-08	5,724,295
	6	Tuberculose	6,082,645	(B2)	PNUD	TGO-607-G07-T	01-Jan-08	2,691,949
	8	VIH/sida	41,063,441	(G1)	Gouv : Minsanté	TGO-809-G08-H	01-Dec-09	6,419,308
					ONG	TGO-809-G09-H	01-Dec-09	2,883,854
9	Paludisme	61,657,818	(B1)					
TOTAUX DE LA REGION			3,213,848,927					1,491,670,543
TOTAUX			19,315,243,084					9,971,610,501

**ABRÉVIATIONS: HSS : RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ
HIV/TB : CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE**

NOTES SPÉCIALES POUR LA SÉRIE 9 (Y COMPRIS L'APPLICATION DES STRATÉGIES NATIONALES ET LA PREMIÈRE "VAGUE D'APPRENTISSAGE" [NSA1])

- Les composants de toutes les catégories, 1, 2 et 2B ont reçu l'accord de principe du Conseil d'administration.
- Les financements approuvés sont tous ceux de la Catégorie 1 et tous ceux de la Catégorie 2.
- Les propositions de la catégorie 2B (celles marquées d'un astérisque ("**")) seront présentées au Conseil d'Administration pour approbation en vertu de la politique de financement compréhensive et/ou au fur et à mesure que les fonds seront disponibles.

NOTES SPÉCIALES POUR LES SÉRIES 8 ET 9 (Y COMPRIS L'APPLICATION DES STRATÉGIES NATIONALES ET LA PREMIÈRE "VAGUE D'APPRENTISSAGE" [NSA1])

- Financement de la Phase 1 : Le Conseil d'administration a approuvé un plafond total de 2,75 milliards pour la Série 8 et 2,38 milliards pour la Série 9 (y-compris 390 millions de dollars US pour l'Application des stratégies nationales (NSA)).
- Financement de la Phase 2 : L'Approbation du Conseil d'administration pour des engagements supplémentaires pour des propositions de la Série 9 et l'application des stratégies nationales devront se situer dans une limite maximale de 2,852 milliards de dollars US

NOTES GÉNÉRALES :

- Tous les renseignements concernant les propositions pays, les subventions accordées et les derniers décaissements sont disponible sur le site : www.theglobalfund.org
- Pays ou Territoires :
 - Les programmes multi-pays Afrique Australe comprend le Mozambique, l'Afrique du Sud et le Swaziland.
 - Le programme multi-pays Pacifique de l'Ouest comprend les Iles Cook, Fiji, Kiribati, Nioué, Marshall, Palau, Samoa Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et les Etats Fédérés de Micronésie.
 - Le programme multi-pays Amérique (Les Andes) comprend la Colombie, l'Equateur, le Pérou et le Vénézuéla.
 - Le programme multi-pays Amérique (CARICOM) comprend Antigua & Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Belize, la Dominique, la République Dominicaine, la Grenade, le Guyana, Haïti, la Jamaïque, Saint Christophe & Niévès, Sainte Lucie, Saint Vincent et les Grenadiens, le Surinam et la Trinité & Tobago.
 - Le programme multi-pays Amérique (Meso) comprend: le Belize, le Costa Rica, le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Panama.
 - Le programme multi-pays Amérique (OECS) comprend: Antigua et Barbuda, la Dominique, la Grenade, Saint Christophe et Niévès, Sainte Lucie et Saint Vincent et les Grenadines.
- Statut des Subventions accordées :
 - (B1) : Limite supérieure approuvée par le Conseil d'Administration, en attente des éclaircissements du TRP et des négociations de la Phase 1.
 - (T1) : Après éclaircissements du TRP, en attente des négociations de la Phase 1.
 - (G1) : par subvention accordée.
 - (B2) : Limite supérieure approuvée par le Conseil d'Administration, en attente des négociations de RCC (Rolling Continuation Channel : Processus de Reconstitution des Subventions).
 - (G2) par subvention accordée, y-compris Phase 2.
 - (B3) : Limite supérieure approuvée par le Conseil d'Administration, en attente des éclaircissements du TRP et des négociations du processus de reconstitution des subventions.
 - (T3) : Après éclaircissements du TRP, en attente des négociations du processus de reconstitution des subventions.
 - (G3) : par subvention accordée, y-compris le processus de reconstitution des subventions.
 - (M) : Subventions à composants multiples (voir par numéro de subvention).

En ce qui concerne le financement des subventions de la Série 8, voir ci-dessus les Notes Spéciales pour la série 8.
- Type de Récipiendaire Principal :
 - SC/SP : Société Civile/Secteur Privé ; Org. Conf : Organisation confessionnelle ; ONG : Organisation Non Gouvernementale ; SC/SP : Autre : Autre Société Civile/Secteur Privé.
 - Gouvernements: Gouv : Minsanté : Ministère de la Santé ; Gouv : Minefi : Ministère des Finances ; Gouv Autre : Autre Organisation gouvernementale.
 - Organisation multilatérale : PNUD-Programmes des Nations Unies pour le Développement ; Autre Multi : Autres organisation multilatérale.
- NJ est une série pilote pour l'application des stratégies nationales, pour plus de renseignements, vous pouvez consulter : <http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Strategy/Innovate.pdf>.

Notes :

Tête de Section :

- Les propositions accordées comprennent les montants de toutes les propositions approuvées par le Conseil d'administration.
- Les Subventions: comprennent tous les montants des subventions signées (toutes les subventions signées par le Récipiendaire principal et par le Secrétariat du Fonds mondial).
- Les décaissements comprennent tout les décaissements effectués (quand les instructions de décaissement sont envoyées à la Banque Mondiale).

Subventions en Euro :

- Pour les Séries 1 à 4, seule la partie correspondant à la Phase 2 peut être formulée en Euro.
- Pour les Séries 5 et suivantes, les Phase 1 et 2 peuvent toutes les deux être formulées en Euro.
- L'équivalent en dollars US des décaissements en Euro est initialement calculé en utilisant les taux de change de la fin du mois indiqué sur OANDA.com et est ensuite remplacé par l'équivalent réel au taux de change du jour du décaissement confirmé par la Banque Mondiale.
- L'équivalent en dollars US d'une subvention en Euro comprend la somme des décaissements effectués (en dollars US à la valeur réelle de la date du transfert de la Banque Mondiale) plus la partie non encore décaissée de la subvention au taux de la fin du mois correspondant indiqué sur OANDA.com.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par (par ordre alphabétique) Eddie Addai, Rifat Atun, Parijat Baijal, Prerna Banati, Manjiri Bhawalkar, Matthew Blakley, C.K. George, Nina Ingenkamp, Ralf Jürgens, Itamar Katz, Ryuichi Komatsu, Eline L. Korenromp, Mary Ann Lansang, Jeffrey V. Lazarus, Donna Lee, Daniel Low-Beer, Estifanos Shargie, Musoke J Sempala, Kirsi Viisainen, Ryuichi Komatsu, Daniel Low-Beer et Kirsi Viisainen.

De précieux commentaires et contributions ont été apportés par Fareed Abdullah, Olusoji Adeyi, Mohamed Abdel Aziz, Youssouf Abdel-Jelil, Zero Akyrol, Marlon Banda, Christoph Benn, James Bridge, Natalie Cartwright, David Curry, Ange-Joel Djoman, Tarek Elshimi, David Hayward Evans, Robert Filipp, Joshua Galjour, Marion Hachmann-Gleixner, Ian Grubb, Sandra Irbe, Jami Johnson, Michel Kazatchkine, Maria Kirova, Jon Lidén, Priya Mannava, Richard Manning, Annick Manuel, Ombeni Mwerinde, John Puvimanasinghe, Carl Reddy, Wael Ben Romdhane, David Salinas, Andy Seale, Swarup Sarkar, George Shakarishvili, Claudia Shilumani, Lal Sadasivan Sreemathy, Andreas Tamberg, Marta Urrutxi, Urban Weber et David Winters.

Ce rapport a été corrigé par Jeffrey V. Lazarus, Ralf Jürgens, Ryuichi Komatsu et Rifat Atun, préparé par Misha Hoekstra.

L'équipe de production, dirigée par Liam McDowall, comprend Katherine Anderson, Vincent Becker, Béatrice Bernescut, Anna Brown, Javier Vico Morillo et Michèle Young.

RESPONSABILITÉ

Les désignations géographiques employées dans la présente publication ne constituent pas et n'impliquent pas un avis ou un jugement quelconque de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sur le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région, sur ses autorités gouvernementales ou étatiques, ou sur la délimitation de ses frontières.

Les références faites dans le présent document aux fabricants, aux entreprises ou à toute autre entité ou à des produits ne constituent pas et n'impliquent pas un soutien quelconque de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Tous droits réservés. Ce document peut être librement cité, reproduit ou traduit en partie ou intégralement si la source est reconnue.

L'inclusion de personnes sur des photos ne devrait pas être interprétée comme un indicateur de leur état de santé.

Le Fonds mondial accepte les contributions de gouvernements, d'entreprises, de fondations et de particuliers. Pour savoir comment contribuer, veuillez consulter notre site web ou contacter l'équipe des Relations extérieures sur info@theglobalfund.org. Pour plus amples renseignements et bilans actualisés de la situation du Fonds mondial, visitez le site www.lefondsmondial.org

PHOTOGRAPHIE

Couverture Kenya © Chris Steele-Perkins / Magnum **2ème de couverture** Inde © Zack Canepari / Panos Pictures **Page 3** Sierra Leone © Jenny Matthews / Panos Pictures **Page 6** Inde © Atul Loke / Panos Pictures **Page 9** Moldavie © Giacomo Pirozzi / Panos Pictures **Page 11** Tadjikistan © The Global Fund / John Rae **Page 12** Pérou © The Global Fund / John Rae **Page 28** Géorgie © The Global Fund / John Rae **Page 37** Chine © The Global Fund / Benjamin Béchet **Page 42** Niger © The Global Fund / Benoist Carpentier **Page 50** Cuba © The Global Fund / John Rae **Page 56** Ethiopie © Jenny Matthews / Panos Pictures **Page 59** Inde © The Global Fund / John Rae **Page 60** Népal © The Global Fund / John Rae **Page 64** Erythrée © The Global Fund / Didier Ruef **Page 69** Paraguay © The Global Fund / John Rae **Page 75** Rwanda © Dieter Tielemans / Panos Pictures **Page 76** Népal © The Global Fund / John Rae **Page 81** Egypte © The Global Fund / John Rae **Page 85** Jordanie © The Global Fund / John Rae **Page 89** Tanzanie © Sean Sprague / Panos Pictures **Page 90** Chine © The Global Fund / John Rae **Page 99** Vietnam © The Global Fund / John Rae **Page 127** Tadjikistan © The Global Fund / John Rae **3ème de couverture** Népal © The Global Fund / John Rae

CONCEPTION

ahostudios.com

ISBN: 978-92-9,224-207-7



CETTE FAMILLE VIVANT DANS UNE RÉGION DU TADJIKISTAN OÙ LE PALUDISME EST ENDÉMIQUE EST HABITUÉE AUX PIQÛRES DE MOUSTIQUES ; MAIS DÉSORMAIS, ELLE PEUT PRENDRE LE THÉ DANS LE JARDIN SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE. UN PROGRAMME FINANCÉ PAR LE FONDS MONDIAL CONTRIBUE À ÉLIMINER LE PALUDISME DANS CETTE ZONE, GRÂCE AUX MOUSTIQUAIRES, AUX PULVÉRISATIONS D'INSECTICIDE ET AUTRES MÉTHODES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE.





**Le Fonds mondial de lutte contre le sida,
la tuberculose et le paludisme**

Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier
Genève, Suisse

tel +41 58 791 1700
fax +41 58 791 1701

<http://www.lefondsmondial.org>
info@theglobalfund.org

ISBN: 978-92-9224-207-7