

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Quatrième reconstitution des ressources (2014-2016)

Bilan des résultats et de l'impact



Note de synthèse

Au cours de ces cinq dernières années, les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial ont enregistré une hausse spectaculaire. Ainsi, les derniers résultats disponibles fin 2012 faisaient état d'une progression constante de la prévention et du traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme l'année dernière :

- **4,2 millions de personnes bénéficient actuellement d'une thérapie antirétrovirale** pour traiter le VIH, contre 1,4 million cinq ans auparavant. 900 000 personnes supplémentaires ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2012.
- **9,7 millions de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés et traités**, contre 2,9 millions cinq ans auparavant. 1,1 million de cas de tuberculose ont été détectés et traités en 2012.
- **310 millions de moustiquaires imprégnées ont été distribuées pour protéger les familles contre le paludisme**, contre 46 millions cinq ans auparavant. 80 millions de moustiquaires imprégnées supplémentaires ont été distribuées en 2012.

Nous devons cette hausse continue des résultats au soutien des pays, des partenaires et du Fonds mondial, avec **deux grandes tendances de financement** :

- Premièrement, l'optimisation et la forte augmentation des financements nationaux consacrés à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, qui ont doublé depuis cinq ans.
- Deuxièmement, la baisse des coûts unitaires des produits essentiels, notamment des traitements de première intention contre le VIH et des moustiquaires imprégnées destinées à la prévention du paludisme. Au cours des cinq dernières années, cette baisse de 30 à 40 pour cent des coûts unitaires des produits dans ces domaines a favorisé l'accessibilité des interventions.

Partir des chiffres et des résultats pour se concentrer sur la couverture : du fait de la progression constante des résultats programmatiques, on atteint des taux de couverture pour les interventions essentielles qui rendent possibles des **améliorations propres à changer la donne** en matière de mortalité et de morbidité. Lorsqu'un taux de couverture de 80 pour cent est atteint pour les interventions essentielles destinées aux principales populations touchées, on obtient d'importants bénéfices en termes d'impact sur l'incidence, la morbidité et la mortalité, comme pour le paludisme en Tanzanie, la tuberculose au Cambodge et le traitement contre le VIH en Afrique du Sud. Cette intensification et ces avancées notables ont permis à certains pays d'atteindre ce seuil, mais elles ont surtout placé les niveaux de couverture ciblés à la portée de la communauté internationale :

- **VIH** : selon les estimations, **56 pour cent des personnes pouvant prétendre à une thérapie antirétrovirale** pour traiter le VIH en bénéficient en Afrique subsaharienne, contre moins de cinq pour cent en 2000.
- **Tuberculose** : **67 pour cent des 8,7 millions de cas de tuberculose estimés** sont désormais diagnostiqués et 85 pour cent des patients concernés ont été guéris, contre 43 pour cent et 67 pour cent respectivement, dix ans auparavant.

- **Paludisme** : selon les estimations, **53 pour cent des ménages exposés au risque de paludisme en Afrique subsaharienne** possèdent au moins une moustiquaire imprégnée, contre trois pour cent en 2000. Des études montrent qu'environ 90 pour cent des personnes ayant accès à une moustiquaire imprégnée l'utilisent.

Une telle avancée sur une période aussi courte est remarquable et offre au monde de la santé un défi à relever mais également une occasion importante à saisir :

- **Le défi consiste à maintenir le niveau de couverture** pour continuer à protéger les populations contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et pour prévenir une reprise de ces maladies et l'apparition d'une résistance aux médicaments. Les lacunes au niveau des interventions contre le paludisme (comme le non-remplacement des moustiquaires périmées) en Zambie et au Rwanda ont entraîné une augmentation assez soudaine du nombre de nouveaux cas observés. Ces dernières années, une accélération similaire du nombre de nouveaux cas a été constatée en Ouganda et en Thaïlande suite à l'aggravation des lacunes en matière de prévention du VIH dans les groupes clés.
- La couverture mondiale actuelle offre une **occasion importante** d'atteindre le seuil de 80 pour cent (à savoir, l'accès universel) par des **investissements supplémentaires**. Les pays qui ont étendu l'accès jusqu'à ce niveau de couverture ont apporté la preuve d'un impact en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6 (au Rwanda et en Éthiopie, par exemple), ainsi que de la possibilité de maîtriser les épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme. En outre, une fois ce seuil atteint, les pays ont été en mesure de relever les principaux défis liés aux lacunes des systèmes de santé, de se concentrer sur les interventions à fort impact et d'atteindre les populations les plus exposées au risque dans les communautés, autant d'éléments susceptibles d'avoir un effet multiplicateur sur l'impact.

L'accroissement des investissements pour atteindre 80 pour cent de couverture au niveau des interventions à fort impact destinées aux populations les plus exposées au risque offre la possibilité **d'investir pour obtenir un impact**, ce qui constitue le fondement-même de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2012-2016. De plus en plus d'éléments démontrent l'impact sur l'incidence du VIH, la prévalence de la tuberculose et la mortalité liée à cette maladie, ainsi que sur le nombre de cas de paludisme à travers le monde et dans un nombre croissant de pays, dès lors que le niveau de couverture en matière de prévention et de traitement est élevé et que les populations les plus exposées au risque sont atteintes, comme l'explique la première partie du présent rapport. La deuxième partie du rapport décrit la stratégie d'évaluation en cours pour aider le partenariat du Fonds mondial à mesurer l'impact et le centrage en termes de couverture et l'impact de ses investissements.

Première partie : Rapport sur les résultats, fin 2012

1. En 2000, 50 000 personnes seulement bénéficiaient d'un traitement contre le VIH en Afrique et moins de 5 pour cent des familles étaient protégées contre le paludisme grâce aux moustiquaires imprégnées. À cette époque, l'écart financier et technique était considérable entre les stratégies identifiées de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et les ressources à la disposition des pays pour les mettre en œuvre sur le terrain.

2. Depuis, nous avons pu assister à une mobilisation sans précédent des partenaires, dirigée par les pays, les institutions techniques et la société civile, avec le soutien du Fonds mondial et de ses partenaires, afin de fournir des services pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

3. Cette mobilisation s'est traduite dans les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial au cours des dix dernières années, puisque nous sommes passés de quelques dizaines de milliers à des millions, et maintenant à des dizaines de millions de personnes qui ont accès aux principaux services de santé et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

4. Au cours de ces cinq dernières années, les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial ont considérablement progressé, les derniers chiffres faisant état d'une augmentation continue en 2012 :

- **4,2 millions de personnes bénéficient actuellement d'une thérapie antirétrovirale** pour traiter le VIH, contre 1,4 million cinq ans auparavant. En 2012, 900 000 nouveaux patients ont pu bénéficier d'une thérapie antirétrovirale. L'essentiel de cette hausse est attribuable à une intensification constante de l'accès aux thérapies antirétrovirales vitales dans des pays d'Afrique subsaharienne comme le Zimbabwe et la Zambie.
- **9,7 millions de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés et traités** (contre 2,9 millions cinq ans auparavant). Sur ceux-ci, 1,1 million de cas de tuberculose ont été détectés et traités en 2012.
- **310 millions de moustiquaires imprégnées ont été distribuées pour protéger les familles du paludisme** (contre 46 millions cinq ans auparavant). Sur celles-ci, 80 millions de moustiquaires imprégnées ont été distribuées en 2012.

5. Le tableau 1 ci-dessous présente les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial en matière de prévention, de traitement et de prise en charge au cours de l'année écoulée et sur cinq ans, illustrant ainsi la hausse continue des résultats en 2012.

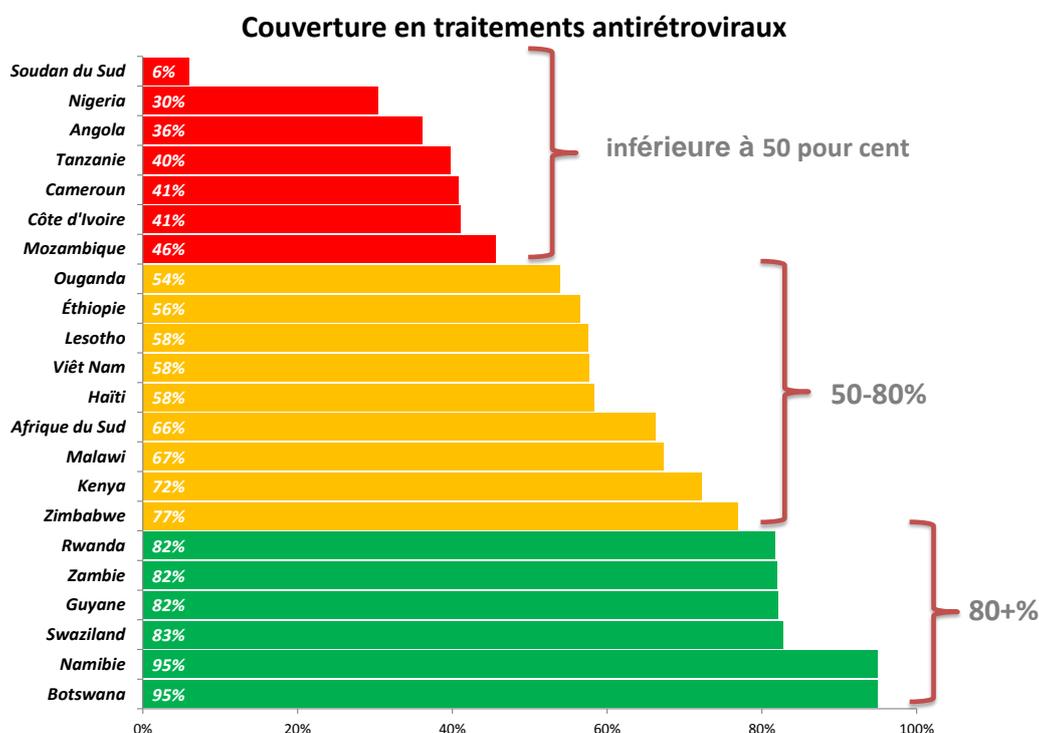
Tableau 1 : résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial fin 2012

Résultats en matière de lutte contre le VIH	Fin 2012	Un an auparavant (fin 2011)	Cinq ans auparavant (fin 2007)
VIH – Nombre de personnes bénéficiant actuellement d’une thérapie antirétrovirale	4 200 000	3 300 000	1 400 000
VIH – Nombre de personnes ayant bénéficié d’une PTME	1 700 000	1 300 000	147 000
VIH – Nombre de personnes ayant bénéficié d’un dépistage du VIH et de conseils	250 000 000	188 000 000	34 000 000
VIH – Nombre de personnes bénéficiant d’une prise en charge et d’un soutien	19 000 000	14 000 000	3 000 000
VIH – Sensibilisation des groupes à haut risque	29 000 000	23 000 000	7 000 000
VIH/tuberculose – Services fournis	6 000 000	4 000 000	350 000
Résultats en matière de lutte contre la tuberculose	Fin 2012	Un an auparavant (fin 2011)	Cinq ans auparavant (fin 2007)
Tuberculose – Nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés et traités	9 700 000	8 600 000	2 900 000
Tuberculose – Activités de prévention à assise communautaire	15 000 000	12 000 000	3 000 000
Tuberculose – Nombre de personnes traitées contre la tuberculose multirésistante	69 000	57 000	10 000
Résultats en matière de lutte contre le paludisme	Fin 2012	Un an auparavant (fin 2011)	Cinq ans auparavant (fin 2007)
Paludisme – Nombre de moustiquaires distribuées (moustiquaires imprégnées et moustiquaires imprégnées de longue durée)	310 000 000	230 000 000	46 000 000
Paludisme – Nombre de cas traités	234 000 000	187 000 000	44 000 000
Paludisme – Pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent	46 000 000	43 000 000	6 000 000

6. Du fait de la progression constante des résultats programmatiques, on atteint des taux de couverture pour les interventions essentielles qui rendent possibles des **améliorations propres à changer la donne** en matière de mortalité et de morbidité :

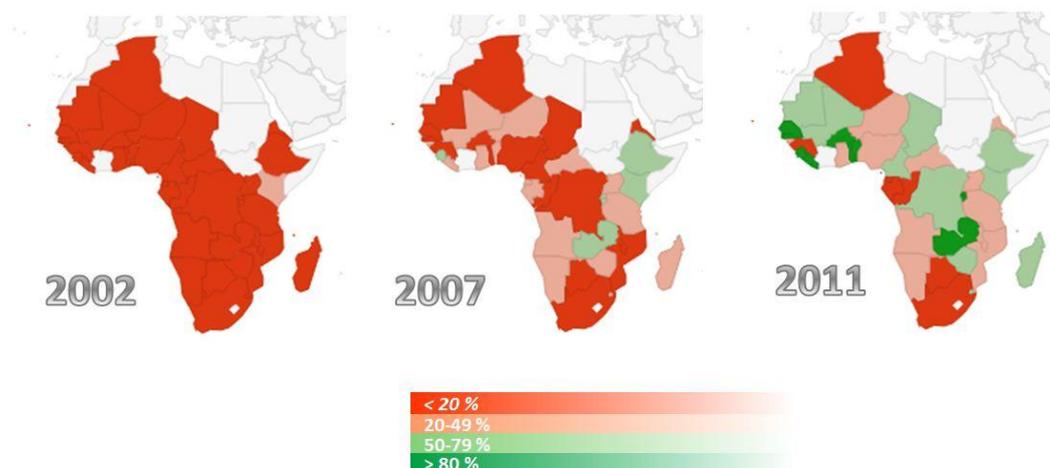
- **VIH** : selon les estimations, 56 pour cent des personnes pouvant prétendre à une thérapie antirétrovirale pour traiter le VIH en bénéficient en Afrique subsaharienne, contre moins de 5 pour cent en 2000. La couverture reste plus élevée pour les femmes avec 68 pour cent, contre 47 pour cent pour les hommes dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, tandis que la couverture mondiale n'est que de 28 pour cent pour les enfants. Le graphique 1 illustre la couverture actuelle en traitements antirétroviraux par pays en Afrique.
- **Tuberculose** : 67 pour cent des 8,7 millions de cas de tuberculose estimés en 2012 sont désormais diagnostiqués et 85 pour cent des patients concernés ont été guéris, contre 43 pour cent et 67 pour cent respectivement, dix ans auparavant. Même si des lacunes persistent, 69 pour cent des patients atteints de tuberculose en Afrique ont été soumis à un test de dépistage du VIH, contre trois pour cent en 2004.
- **Paludisme** : selon les estimations, 53 pour cent des ménages exposés au risque de paludisme en Afrique subsaharienne possèdent au moins une moustiquaire imprégnée, contre trois pour cent en 2000. Des études montrent qu'environ 90 pour cent des personnes ayant accès à une moustiquaire imprégnée l'utilisent. Le graphique 2 illustre la transformation au niveau de la couverture en moustiquaires imprégnées en Afrique.

Figure 1 : Couverture en traitements antirétroviraux par pays



(Source : ONUSIDA, 2012)

Carte 2 : Couverture en moustiquaires imprégnées en Afrique subsaharienne, 2002-2011



(Source : OMS, 2012)

7. Il s'agit d'une avancée majeure des pays, soutenus par les partenaires. Elle offre un fabuleux enjeu à relever, mais également une occasion à saisir :

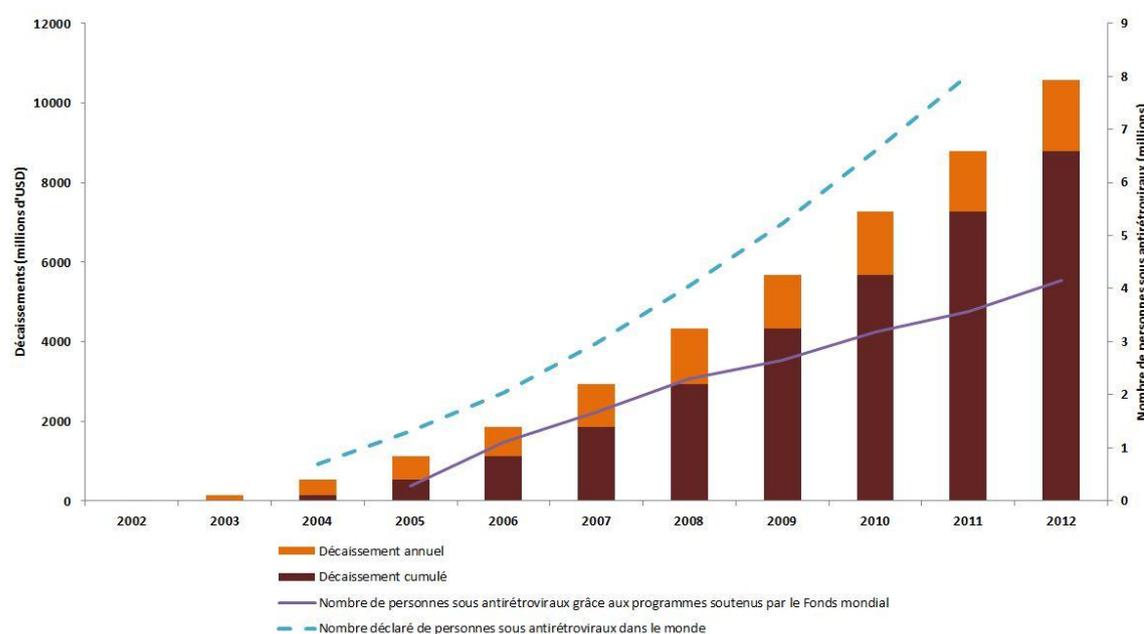
- **Le maintien de la couverture au niveau des interventions essentielles constitue un défi et une obligation morale de première importance** afin de protéger les populations contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et de conserver les avancées réalisées vers la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement, qui, sans cela, seront perdues. Il s'agit notamment de mettre et de maintenir les patients sous traitement antirétroviral, de remplacer tous les trois ans les moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme et de garantir la couverture en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose. Lorsque la couverture en moustiquaires imprégnées n'a pas été maintenue et que les moustiquaires n'ont pas été remplacées, plusieurs pays (comme la Zambie et le Rwanda) ont enregistré une recrudescence rapide des cas de paludisme. Si les thérapies antirétrovirales et le traitement contre la tuberculose ne sont pas maintenus, la pharmacorésistance augmente et des traitements de deuxième intention plus coûteux sont alors requis.
- **Une occasion importante d'investissements supplémentaires** se présente également en vue d'atteindre un niveau de couverture de 80 pour cent (« accès universel ») là où les résultats en matière d'impact sont les plus élevés. Dans les pays de plus en plus nombreux où 80 pour cent ou plus des populations les plus exposées au risque sont protégées, on constate une réduction de la mortalité infantile et maternelle, ainsi que de la prévalence du sida, de la tuberculose et du paludisme. En Afrique du Sud, grâce à l'élargissement de la couverture, la mortalité chez les adultes en âge de travailler est en baisse et l'espérance de vie s'accroît pour la première fois depuis une génération. Neuf pays d'Afrique bénéficiant d'une couverture suffisante en matière de prévention et de traitement sont désormais en passe de réduire l'incidence du paludisme de 75 pour cent d'ici 2015.

8. Tous ces éléments offre une occasion d'investir pour obtenir un impact, conformément à stratégie du Fonds mondial pour la période 2012-2016. Il est donc nécessaire d'améliorer la mesure de cet impact, que l'expose la deuxième partie du présent rapport, en travaillant en collaboration avec les pays afin d'identifier les lacunes au niveau de la couverture et de les aider à formuler plus efficacement leurs investissements pour combler celles-ci. Il s'agira dès lors de se concentrer sur les populations, les régions et les districts les plus exposés au risque et difficiles à atteindre, ainsi que sur l'équité pour garantir l'accès aux interventions par les femmes, les hommes, les enfants et les populations marginalisées afin d'obtenir un impact. Cela suppose également que le Fonds mondial traite les questions essentielles liées aux systèmes de santé et aux droits de l'Homme, qu'il s'occupe des domaines qui obtiennent de mauvais résultats et qu'il limite les risques au niveau de l'ensemble de son portefeuille (par exemple, la tuberculose liée au VIH, la résistance à l'artémisinine dans le cadre des traitements contre le paludisme et l'adoption d'approches plus efficaces pour associer prévention et traitement).

Financement et résultats de la lutte contre le VIH

9. Depuis 2002, 10,6 milliards de dollars US ont été décaissés pour soutenir les initiatives de lutte contre le VIH. En 2012, grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 900 000 personnes supplémentaires vivant avec le VIH ou le sida ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale, environ trois fois plus qu'en 2011. Plus de trois quarts des personnes sous antirétroviraux vivent en Afrique subsaharienne.

Figure 3 : Croissance des investissements du Fonds mondial dans les initiatives de lutte contre le VIH

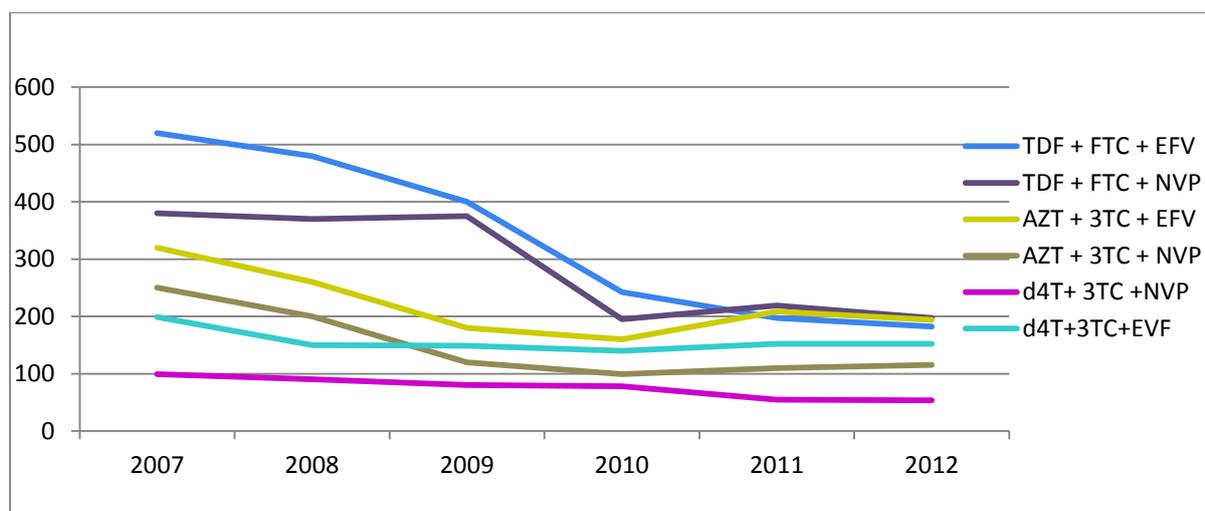


10. Le Fonds mondial est résolument engagé dans le plan mondial d'élimination visant à mettre un terme à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En collaboration avec des partenaires clés – dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) –, le Secrétariat du Fonds mondial a mené une action concertée pour allouer et reprogrammer les ressources afin de poursuivre l'intensification des quatre volets de la mise en œuvre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les pays où les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont les plus élevés. Fin 2012, les programmes de PTME soutenus par le Fonds mondial ont permis d'atteindre 1,7 million de personnes dans 84 pays. Près de 90 pour cent de ces femmes sont issues d'Afrique subsaharienne, notamment des vingt-deux pays fortement touchés. Cependant, l'intensification de la PTME en vue d'atteindre les objectifs mondiaux, l'élargissement de la couverture en services prénataux associés et le renforcement des liens avec les services de santé génésique restent des défis majeurs à relever.

11. Le Fonds mondial est la première source de financement international pour la réduction des risques sanitaires. Le nombre de pays dans lesquels sont mises en œuvre des interventions destinées aux principales populations touchées, parmi lesquelles figurent les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe, a augmenté au fil des années, en passant de 64 pays en 2006 à 102 pays en 2012. Près de 30 millions d'activités spécifiquement destinées aux principales populations touchées au travers des programmes soutenus par le Fonds mondial ont été répertoriées depuis 2002, dont plus de 6 millions pendant la seule année 2012. Ce chiffre n'a cessé d'augmenter depuis 2006, essentiellement en Asie et en Europe de l'Est, régions dans lesquelles les pays ont pour la plupart une prévalence du VIH supérieure à 5 pour cent chez les populations à risque spécifique. Seuls 4 pour cent des personnes concernées étaient issus d'Afrique subsaharienne, où les communautés ont pu bénéficier de ressources supplémentaires dans ce domaine.

12. L'accroissement du financement national a été un facteur clé de l'élargissement de la couverture en traitements antirétroviraux (avec le doublement des investissements nationaux dans la lutte contre le VIH entre 2007-2011), au même titre que la réduction des coûts unitaires des médicaments de première intention qui sont devenus plus abordables pour les programmes nationaux. Le prix médian payé pour les traitements antirétroviraux de première intention courants était de 127 dollars US dans le système d'information sur les prix du Fonds mondial.

Schéma 4 – Estimations des coûts des traitements antirétroviraux de première intention courants destinés aux adultes



13. **Impact sur le VIH.** Bien que le nombre de nouvelles infections reste élevé, l'incidence et la mortalité liées au VIH sont en recul partout dans le monde. Plus de la moitié des pays sont en bonne voie pour atteindre les objectifs fixés au niveau international en ce qui concerne la réduction de l'incidence et de la mortalité liées au VIH. Sur les 105 pays soutenus par le Fonds mondial pour lesquels les données sont suffisantes, 41 pour cent ont atteint la cible internationale d'accès universel aux traitements antirétroviraux ou sont en bonne voie pour l'atteindre d'ici 2015. Pour ce qui est de la prophylaxie antirétrovirale, 32 pour cent des pays ont atteint ou sont en bonne voie d'atteindre la cible d'ici 2015. Les pays ont réalisé des avancées mais se situent actuellement à une période déterminante pour élargir la couverture à 80 pour cent en vue d'atteindre les objectifs internationaux d'ici 2015. À cette fin, plusieurs défis doivent être relevés au niveau des systèmes de santé et des questions de genre, notamment en combinant l'élargissement de la couverture en matière de soins prénataux avec la prestation de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le Fonds mondial et ses partenaires ciblent leurs ressources dans le cadre des subventions en cours et reprogramment les crédits pour appuyer cet effort, comme décrit ci-après, mais la cible internationale de 80 pour cent de couverture reste un enjeu majeur.

14. Grâce à l'intensification des efforts pour lutter contre cette maladie au cours des dix dernières années, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont récemment réalisé des avancées considérables en matière de couverture en traitements antirétroviraux. Ainsi, en Éthiopie, au Ghana et au Zimbabwe, elle a au minimum doublé entre 2007 et 2011. Jusqu'à présent, dix pays dans le monde ont signalé avoir atteint un accès universel aux traitements antirétroviraux (défini comme une couverture supérieure ou égale à 80 pour cent). Entre 2009 et 2011, la couverture en traitements antirétroviraux moyenne des vingt pays du Fonds mondial à fort impact est passée de 39 à 56 pour cent. L'enjeu consiste donc à maintenir les patients sous traitement et à étendre la couverture de 56 à 80 pour cent là où les bénéficiaires engrangés en termes de lutte contre le VIH, ainsi que de morbidité et de mortalité associées à cette maladie sont les plus importants.

15. Sept pays sur les dix bénéficiant d'une couverture en traitements antirétroviraux supérieure à 80 pour cent ont également signalé une réduction d'au moins 50 pour cent du nombre de décès liés au sida entre 2005 et 2011. Neuf de ces pays enregistrent un taux de maintien sous traitement antirétroviral d'au moins 80 pour cent, tandis qu'un pays ne disposait pas de données suffisantes pour l'évaluer. D'autre part, pour 29 des 33 pays dont la couverture en traitements antirétroviraux était inférieure à 40 pour cent, on a enregistré une réduction de moins de 25 pour cent du nombre de décès liés au sida, voire aucune évolution en la matière. Dans 17 de ces pays, le taux de maintien sous traitement était inférieur à 80 pour cent en 2011. Ces chiffres mettent en évidence les difficultés opérationnelles que présentent le maintien et l'amélioration de la qualité de la prise en charge dans les pays ayant déjà accès au traitement, ainsi que les possibilités d'élargissement de cette couverture pour atteindre un taux de 80 pour cent.

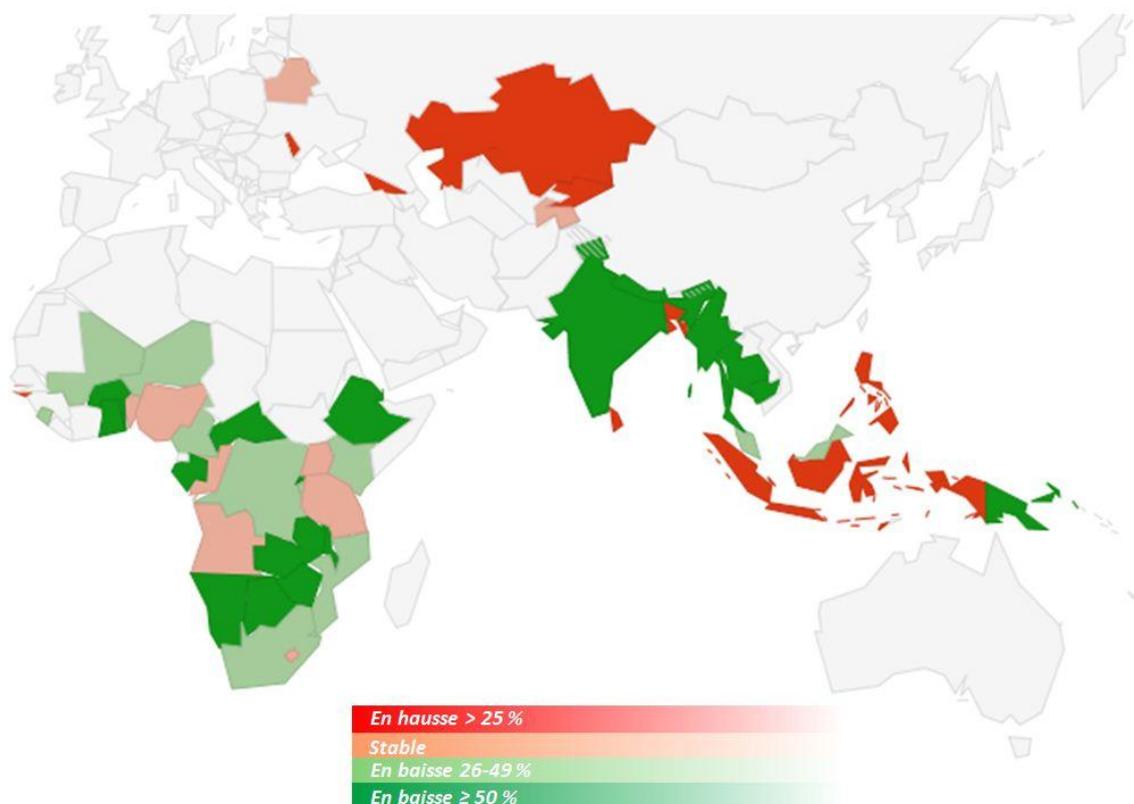
16. Fin 2012, les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant soutenus par le Fonds mondial ont permis d'atteindre 1,7 million de personnes dans 84 pays. Près de 90 pour cent de ces femmes étaient issues d'Afrique subsaharienne, notamment des 22 pays fortement touchés. Quatre pays comptent pour près de 50 pour cent de ces services : le Mozambique, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Ces pays ont signalé une couverture en traitements antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant de 51, 74, 86 et 54 pour cent respectivement. Sur les huit pays (Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Nigeria, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe) qui ont fait l'objet d'une reprogrammation concernant la PTME, en collaboration avec des partenaires, la hausse moyenne du taux de couverture dans ce domaine, notamment au niveau de la thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, était de 45 pour cent entre 2010 et 2011. À partir de 2011, cinq des 22 pays fortement touchés sont parvenus à un niveau de couverture d'au moins 80 pour cent dans ce domaine : Afrique du Sud, Botswana, Namibie, Swaziland et Zambie. À l'exception de l'Afrique du Sud, ces pays ont également atteint un taux de couverture en traitements antirétroviraux de 80 pour cent. Par conséquent, des avancées considérables ont été réalisées au niveau de l'élargissement de la couverture dans les différents pays mais il subsiste d'importantes difficultés pour atteindre un taux de 80 pour cent.

17. Les systèmes de santé souffrent principalement d'une faible couverture en soins prénataux, qui entrave l'intensification de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et d'un accès limité aux services de dépistage du VIH et de conseil destinés aux femmes enceintes. La proportion de femmes séropositives ayant bénéficié d'une thérapie antirétrovirale dans le cadre de la PTME en 2011 était inférieure à 50 pour cent dans 22 pays d'Afrique subsaharienne, et seulement 13 d'entre eux atteignaient une couverture supérieure ou égale à 80 pour cent pour la réalisation d'une consultation prénatale, témoignant ainsi des occasions manquées de prestation de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. D'autre part, les cinq pays susmentionnés ayant atteint un niveau de couverture d'au moins 80 pour cent dans ce domaine en Afrique ont enregistré un accès universel aux soins prénataux supérieur à 90 pour cent, à l'exception de l'Afrique du Sud où 56 pour cent des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales.

Au moins 80 pour cent des femmes enceintes ont également pu faire l'objet d'un dépistage dans ces pays.

18. Le graphique illustre la baisse estimée de l'incidence du VIH par pays ayant obtenu un impact, et les réductions supérieures à 50 pour cent dans un nombre important de pays. Ces tendances mondiales représentent à la fois une occasion à saisir et un défi à relever pour mettre en œuvre des interventions à fort impact avec un niveau de couverture élevé auprès des populations les plus exposées au risque dans les différents pays.

Carte 5 : Impact de la thérapie antirétrovirale sur les taux de mortalité



(Source : rapport mondial d'ONUSIDA, 2012)

Financement et résultats de la lutte contre la tuberculose

19. ***Résultats de la lutte contre la tuberculose.*** En 2012, la détection et le traitement de 1,1 million de cas de tuberculose ont été déclarés dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose financés par le Fonds mondial, soit une augmentation de 32 pour cent par rapport à l'année précédente. Ainsi, le nombre total de cas de tuberculose déclarés s'élève à 9,7 millions. Un total cumulé de 2,9 milliards de dollars US ont été décaissés pour financer les activités liées au diagnostic et au traitement de la tuberculose, faisant ainsi du Fonds mondial le premier organisme de financement externe des programmes de lutte contre la tuberculose dans le monde.

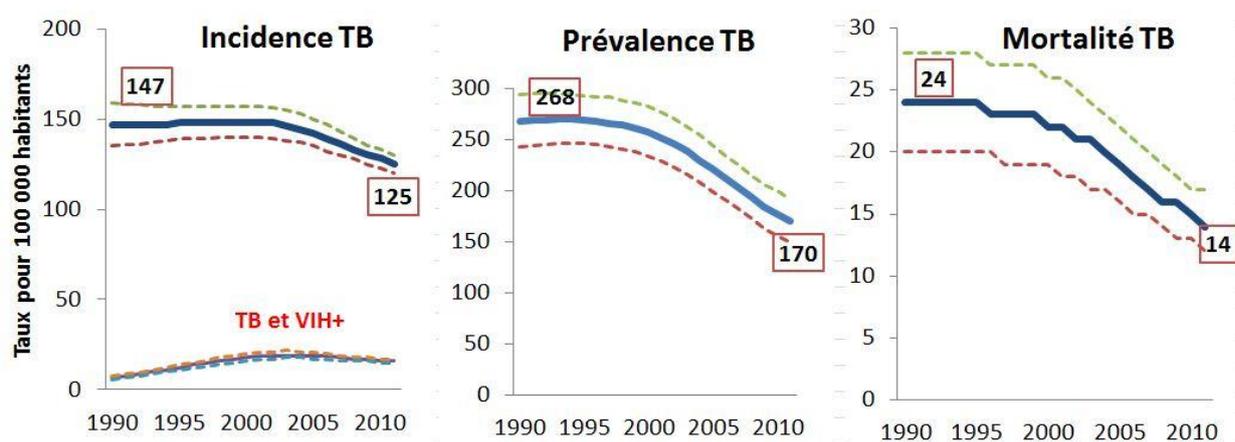
20. Parmi tous les nouveaux cas à frottis positif signalés auprès du Fonds mondial, 83 pour cent provenaient des 22 pays à charge élevée de morbidité. Depuis 2002, 70 pour cent de tous les cas ont été signalés dans les régions d'Asie de l'Est et du Sud. Les dix pays ayant enregistré le plus grand nombre de déclarations de cas en 2011 représentaient 60 pour cent de nouveaux cas à frottis positif dans le monde. Parmi ces dix pays, sept se trouvaient en Asie. Cependant, l'Afrique subsaharienne a connu un rythme de croissance rapide ces dernières années, en particulier au Nigéria, en République démocratique du Congo, en Angola, au Cameroun et au Mozambique. Ces cinq pays représentaient un tiers de tous les nouveaux cas à frottis positif déclarés en Afrique subsaharienne en 2012 selon l'OMS. Ils montrent la nécessité d'investir dans la lutte contre la tuberculose et les interventions de lutte contre le VIH et la tuberculose, en particulier en Afrique.

21. La tuberculose multirésistante reste une menace sérieuse, en particulier dans les 27 pays ayant une exposition/charge de morbidité élevée représentant 86 pour cent de la charge de morbidité mondiale de la tuberculose multirésistante, parmi lesquels 23 ont reçu un financement du Fonds mondial. Dans l'ensemble, un total cumulé de 69 000 cas de tuberculose multirésistante ont été traités à travers les programmes financés par le Fonds mondial, soit une hausse de plus de 12 000 cas ou 22 pour cent, par rapport à la fin de l'année dernière. Cependant, ces efforts restent insuffisants pour faire face aux difficultés de la tuberculose multirésistante et nécessiteront des mesures stratégiques supplémentaires dans le portefeuille du Fonds mondial pour aborder les problèmes des systèmes de santé, réduire les prix et renforcer la capacité des systèmes de santé à fournir un traitement contre la tuberculose multirésistante. Selon l'OMS, 56 000 patients ont entamé un traitement de la tuberculose multirésistante en 2011, dont 23 pour cent dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial. Cependant, les patients atteints de tuberculose multirésistante sont encore nettement mal desservis, car on estime à environ 250 000 le nombre de cas non traités chaque année. Les principaux défis à relever dans de nombreux pays ont été l'insuffisance des fonds pour étendre le diagnostic et le traitement des patients atteints de tuberculose multirésistante, le manque de capacités techniques et la faiblesse des systèmes de santé face aux problèmes que pose la tuberculose multirésistante.

22. **Impact sur la tuberculose.** La mortalité liée à tuberculose a diminué de façon marquée depuis 2000 et les taux de guérison n'ont cessé de s'améliorer. Plus de la moitié des pays qui ont reçu le soutien du Fonds mondial sont sur le point d'atteindre les objectifs internationaux relatifs à la détection des cas, au taux de guérison et à l'incidence de la tuberculose.

23. Les tendances mondiales des estimations de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité liées à tuberculose laissent entendre que les objectifs du Millénaire pour le développement seront atteints dans ce domaine et le potentiel d'investissement est élevé pour faire reculer davantage la tuberculose, en particulier avec l'apparition de nouveaux outils de diagnostic. Cependant, les tendances régionales mettent en évidence les enjeux de la lutte contre la tuberculose en Afrique où l'on enregistre des taux élevés de VIH. Les investissements stratégiques de la lutte concertée contre le VIH et la tuberculose présentent un intérêt majeur dans cette région.

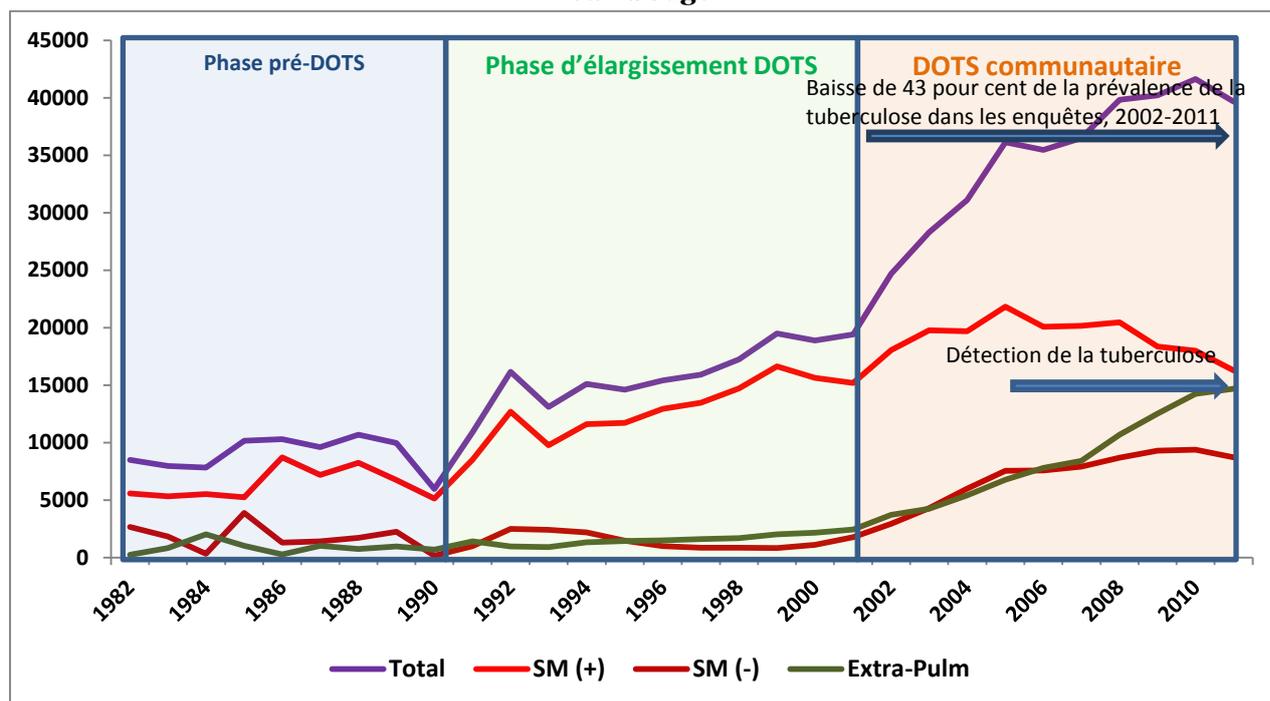
Figure 6: Tendances mondiales en baisse de la prévalence, de la mortalité et de l'incidence de la tuberculose



(Source: OMS 2012)

24. De plus en plus de données provenant d'enquêtes sur la prévalence de la tuberculose deviennent disponibles et sont examinées dans le cadre des études d'impact du Fonds mondial (voir la partie 2). La figure ci-dessous montre comment 1) les crédits du Fonds mondial ont servi à renforcer la stratégie DOTS dans les communautés, portant ainsi la couverture du programme à plus de 80 pour cent et entraînant une baisse des cas de tuberculose dépistés à partir de 2004 ; et 2) ce taux de couverture élevé a été associé à l'impact documenté d'une baisse de 43 pour cent de la prévalence de la tuberculose, entre 2002 et 2011, présentée dans deux enquêtes sur la prévalence de tuberculose. Cette baisse souligne l'importance d'un meilleur accès dans les communautés pour obtenir une bonne couverture et des résultats en termes de baisse des déclarations et de réduction de la prévalence de la tuberculose dès lors que l'on a atteint une couverture élevée.

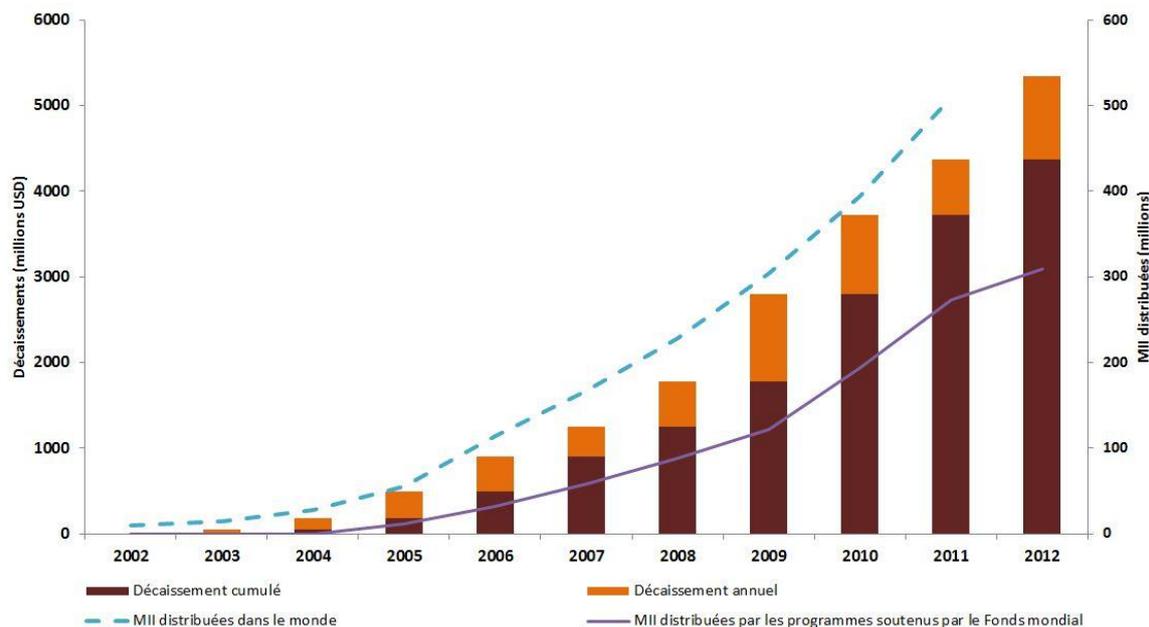
Figure 7: Réduction de la prévalence de la tuberculose confirmée par sondages au Cambodge



Financement et résultats de la lutte contre le paludisme

25. Grâce aux programmes financés par le Fonds mondial, 80 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées en 2012, soit une augmentation de 32 pour cent par rapport à l'année précédente. La majorité (73 pour cent) de ces moustiquaires ont été distribuées en Afrique subsaharienne, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Kenya, le Malawi et le Nigeria étant les principaux bénéficiaires. Seize millions de moustiquaires ont été distribuées en Asie en 2012, dont environ 50 pour cent dans les trois pays que sont l'Inde, l'Afghanistan et l'Indonésie. L'Amérique latine et les Caraïbes ont connu la plus forte augmentation dans la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, soit un total de 2,4 millions de moustiquaires rien qu'en 2012, ce qui représente une augmentation de 133 pour cent par rapport à l'année précédente qui s'explique en grande partie par l'intensification considérable des activités de mise en œuvre en Haïti. Depuis 2002, 5,2 milliards de dollars US ont été décaissés pour soutenir les interventions de lutte contre le paludisme.

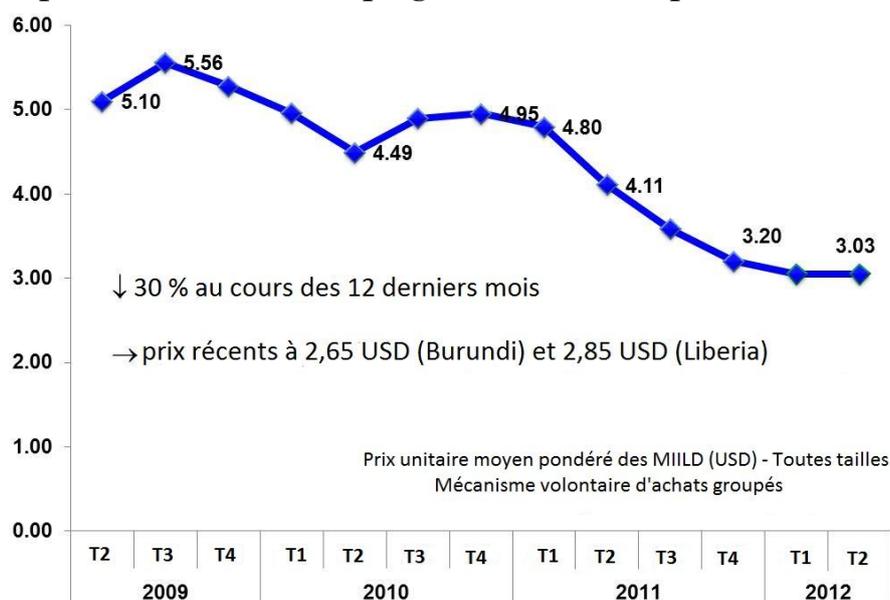
Figure 8: Croissance des investissements du Fonds mondial dans les interventions de lutte contre le paludisme



26. Le Fonds mondial encourage le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine plutôt qu'aux monothérapies, ces dernières menaçant, à terme, l'efficacité des premières. Vers la fin de 2012, un total cumulé de 290 millions de cas de paludisme avaient été traités grâce aux subventions du Fonds mondial, ce qui représente une augmentation de 26 pour cent par rapport au chiffre de fin 2011. 85 pour cent de ces cas étaient en Afrique subsaharienne.

27. L'impact sur le paludisme a également été soutenu par la baisse des coûts unitaires de la prévention et du traitement qui a rendu ces interventions plus abordables pour les programmes et le financement nationaux. La figure ci-dessous illustre la baisse des prix unitaires des moustiquaires imprégnées d'insecticide telle qu'elle apparaît dans le mécanisme de communication de l'information sur les prix du Fonds mondial. Toutefois, il est incertain de prévoir dans quelle mesure cette baisse se poursuivra à l'avenir.

Figure 9: Coûts unitaires des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée achetées par l'intermédiaire des programmes financés par le Fonds mondial

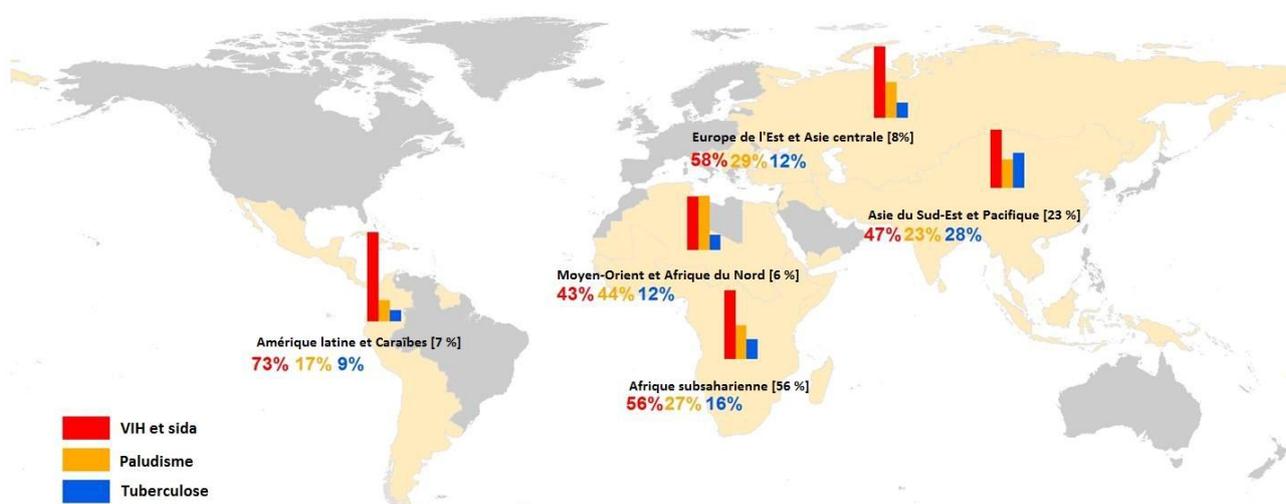


28. **Impact sur le paludisme.** Selon les estimations de l’OMS, 150 millions de moustiquaires imprégnées d’insecticide sont nécessaires chaque année pour protéger toutes les populations exposées au paludisme en Afrique subsaharienne. Seuls 92 millions de moustiquaires imprégnées d’insecticides ont été livrées en 2011 et 66 millions (selon les estimations) en 2012, moins que le chiffre nécessaire estimé à 150 millions. Dans l’ensemble, la couverture n’a pas changé de 2011 à 2012 et peut diminuer dans la région subsaharienne dans un avenir proche, à moins d’une augmentation substantielle du nombre disponible de moustiquaires imprégnées d’insecticide en 2013. Cette situation met en évidence la nécessité de maintenir la couverture des interventions clés comme la distribution des moustiquaires imprégnées qui doivent être remplacées tous les trois ans. Si elles ne le sont pas et que des lacunes apparaissent, l’augmentation du nombre de cas et de décès liés au paludisme suivra.

29. On estime que la moitié des pays où la transmission du paludisme persiste est sur le point d’atteindre les cibles internationales de réduction de 75 pour cent des cas de paludisme d’ici 2015. De nouveaux progrès dépendent de l’élargissement de la couverture en matière de prévention et de traitement dans les pays à charge élevée de morbidité. Quarante pour cent des cas de paludisme surviennent dans 14 pays parmi lesquels, on peut citer le Nigeria et la République démocratique du Congo où la couverture est plus limitée, ce qui freine les progrès tant au niveau du pays qu’à l’échelle mondiale. Huit pays d’Afrique ont obtenu une réduction de 75 pour cent des cas de paludisme: Swaziland, Afrique du Sud, Rwanda, Botswana, Namibie, Cap-Vert, Algérie et Sao Tomé-et-Principe. Dans la même veine, l’Érythrée est sur le point d’atteindre une réduction de 75 pour cent, tandis que Madagascar et la Zambie visent 50 à 75 pour cent de réduction. En général, il s’agit là de pays moins étendus, où la couverture des services s’est rapidement élargie à 80 pour cent et a permis d’obtenir un impact. Toutefois, lorsque cette couverture importante s’est concrétisée dans des pays plus grands, comme la Tanzanie (voir la section 2), la prévalence du paludisme a également diminué.

30. **Augmentation des dépenses nationales** : Entre 2002 et fin 2012, le Fonds mondial a engagé un total de 22,9 milliards de dollars US dans le financement de programmes dans 151 pays. En décembre 2012, il avait décaissé un montant total de 19 milliards de dollars US, répartis par zone géographique et par maladie, tel qu'indiqué ci-dessous. Selon la catégorisation régionale actuelle établie par le Fonds mondial, les pays d'Afrique à fort impact représentaient 37 pour cent, l'Afrique et le Moyen-Orient, 25 pour cent, l'Asie, l'Europe de l'Est, l'Amérique latine et les Caraïbes réunies, 23 pour cent, et les pays d'Asie à fort impact, 15 pour cent. Des décisions de renouvellement de subventions d'un montant maximal de 4,3 milliards de dollars US ont été prises en 2012. Ce montant est estimé à environ 3,7 milliards de dollars US en 2013.

Figure 10 : Répartition du financement du Fonds mondial par région et par maladie



31. Le fait que l'attention se porte moins sur les chiffres et les produits que sur la couverture nationale des services a été rendu possible grâce à la baisse des coûts unitaires et, surtout, à l'augmentation des dépenses nationales. Les résultats mondiaux n'ont été atteints qu'en associant financement extérieur, financement du Fonds mondial et financement national. S'agissant de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays pouvant bénéficier du soutien du Fonds mondial, le financement national a plus que doublé au cours de cette période de cinq ans, principalement grâce à la forte augmentation des investissements des pays dans la lutte contre le VIH.

Tableau 2 : Montant des financements nationaux pour les trois pandémies, 2006-2011

Résumé des 3 maladies	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Investissement national, Total	4,35	4,80	6,00	6,24	7,04	8,10
VIH	2,30	2,66	3,61	3,86	4,68	5,42
Tuberculose	1,83	1,90	2,14	2,11	2,06	2,35
Paludisme	0,22	0,24	0,24	0,26	0,30	0,33

(Chiffres en milliards de dollars)

Deuxième partie : Plan d'évaluation et progrès

32. Le Conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé un plan d'évaluation pour accompagner la stratégie du Fonds mondial pour la période 2012-2016, « Investir pour l'impact ». Il comporte quatre éléments principaux :

- Un système d'examen de programmes avec des partenaires dans tous les pays à fort impact pour évaluer l'impact, investir dans l'analyse et les évaluations et fournir des recommandations pratiques pour améliorer les subventions.
- Les évaluations indépendantes de la qualité des données : une base pour améliorer les systèmes de données et les capacités de suivi et d'évaluation afin d'aider les pays à analyser et à évaluer leur impact sur les maladies. Le Groupe technique de référence en évaluation a souligné l'importance de ces investissements et les faiblesses majeures de la qualité des données des pays.
- Les examens thématiques pour aborder les principales questions transversales et proposer des options stratégiques au Fonds mondial, par exemple sur les États fragiles et les risques liés au portefeuille tels que la résistance aux traitements du paludisme par artémisinine.
- Un rapport de synthèse indépendant du Fonds mondial, axé sur les résultats à mi-parcours et finaux de sa stratégie (résultats de fin 2014 et fin 2016).

33. De plus, le Groupe technique de référence en évaluation du Fonds mondial a convenu de l'importance de la contribution, de l'évaluation de la causalité et des explications concurrentes plutôt que l'attribution étroite à une source de financement ou à une intervention unique: « *L'évaluation de l'impact permet de déterminer l'incidence globale sur la morbidité des cas et les décès liés à ces trois maladies. Elle permet également de déterminer la causalité et la contribution du Fonds mondial ainsi que d'autres explications tout au long de la chaîne de résultats, depuis les intrants jusqu'aux produits.* »

34. Le Groupe technique de référence en évaluation a souligné l'importance d'évaluer les impacts et les résultats positifs et négatifs, y compris les risques liés au portefeuille et à chaque pays. La définition de l'évaluation de l'impact a associé deux éléments, l'évaluation finale des résultats et de l'impact de la lutte contre les maladies, et l'évaluation de la contribution et de la causalité tout au long de la chaîne de résultats. Il a également souligné que les évaluations doivent être pratiques, s'appuyer sur les examens par pays (y compris la plate-forme de santé et de responsabilisation au niveau des pays de l'OMS) et doivent être utilisées pour faciliter la prise des décisions relatives aux subventions.

35. Les cinq principes suivants ont été définis pour ses évaluations (Cinq P):

- Approche **partenariale** – s'appuyer sur les partenaires, collaborer avec eux et synchroniser les évaluations en assurant rigueur et objectivité ;
- **Périodique** – évaluations planifiées, régulières plutôt que ponctuelles (« une évaluation quinquennale ne pourrait se substituer à cinq ans d'évaluation ») ;

- Conception de la **plausibilité** – fournir la preuve de l'impact positif et négatif du programme, en tenant également compte d'autres influences non liées au programme tout au long du processus établi de changement du suivi et de l'évaluation ;
- **Plateforme** de pays – s'appuyer sur les systèmes nationaux, y compris les examens de programmes et le renforcement des capacités du pays en matière de suivi et d'évaluation ;
- **Pratique** pour les subventions – les examens devraient fournir des recommandations pratiques pour la gestion, le renouvellement et la reprogrammation des subventions.

36. Les examens thématiques se distinguent des évaluations d'impact, en ce qu'ils fournissent une analyse des options stratégiques et sont définis comme des « *examens de questions ou thèmes spécifiques qui permettent d'évaluer les éléments de preuve passés et des cas sélectionnés, en accordant une attention particulière à la présentation des options stratégiques prospectives* ».

37. Le Fonds mondial se réunit chaque mois avec des partenaires pour coordonner l'échéance des examens par pays et des évaluations avec les partenaires et le calendrier des examens de pays en matière de santé et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et pour financer les analyses des consultants indépendants et des chefs d'équipe. L'objectif est de couvrir tous les pays à fort impact pour évaluer les 70 pour cent de la charge de morbidité au cours de la période couverte par la stratégie actuelle du Fonds mondial. Le tableau suivant présente le calendrier des examens par pays qui sont en cours et en bonne voie pour 2014 (jaune vif) et les pays qui ont accepté les échéances par pays (jaune clair)

Tableau 3: Calendrier des examens par pays

2012 T3-4	2013 T1-2	2013 T3-4	2014
Cambodge (paludisme, TB)	Nigeria (VIH, TB)	Kenya (VIH)	Côte d'Ivoire (examen PNT)
Cambodge (TB)	Malawi (VIH)	Zimbabwe (VIH, TB, paludisme)	Afrique du Sud (examen PNT)
Myanmar (paludisme)	Tanzanie (TB)	Ouganda (VIH, TB)	Zimbabwe (examen PNT)
Bangladesh (paludisme)	Zambie (paludisme)	Haïti (VIH, paludisme)	Bangladesh (paludisme)
Rwanda (VIH, paludisme)	Chine (examen prog. palu.)	RDC (VIH, TB)	Afrique du Sud (TB)
Namibie (VIH)	Cambodge (VIH)	Nigeria (TB)	Soudan du Nord (paludisme)
RDC (examen prog. palu.)	Ukraine (VIH)	Éthiopie (TB)	PNG (paludisme)
Tanzanie (paludisme)	Thaïlande (VIH)	Mozambique (VIH, TB)	Kenya (TB, paludisme)
Malawi (paludisme)	Éthiopie (VIH)	Zambie (VIH, TB)	Zambie (TB)
Inde (TB & examen prog. palu.)	Inde (VIH)	Myanmar (VIH, TB)	Malawi (TB)
Afrique du Sud (VIH)	Ouganda (examen PNT)	Bangladesh (TB)	Philippines (VIH, TB)
Nigeria (examen prog. palu.)	Kenya (examen PNT)	Tanzanie dont Zanzibar (TB)	Indonésie (VIH)

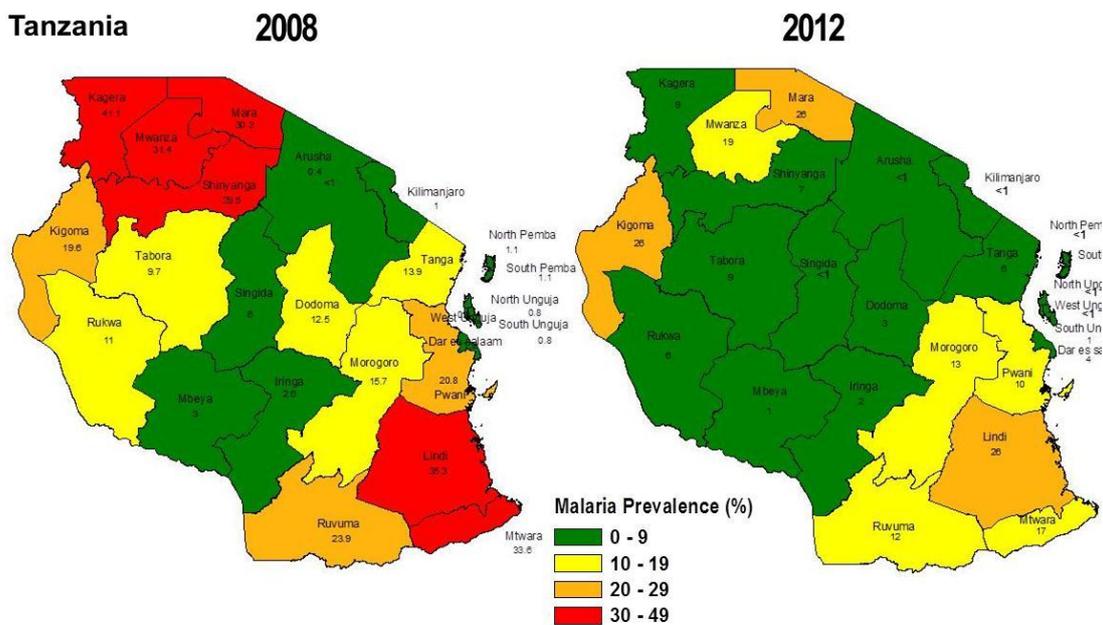
38. En outre, l'échéance des examens par pays a été prévue (au cas où elle correspond aux calendriers du pays) pour fournir des recommandations pratiques sur les examens de subventions et le nouveau modèle de financement (conformément aux directives du Groupe technique de référence en évaluation sur la nouvelle stratégie « investir pour l'impact »).

39. Les premières études d'impact nationales ont montré un impact avéré sur la morbidité des cas et les décès, ainsi que les lacunes qui ont catalysé la réaffectation ou la reprogrammation des subventions pour améliorer l'impact à l'avenir. Elles ont également mis en évidence les problèmes de qualité des données dans certains pays, qui nécessiteront des investissements dans la capacité des pays à mesurer et à analyser l'impact. Ces premiers résultats sont les suivants:

- **Lutte contre le paludisme au Bangladesh** – fort impact documenté, soit 92 pour cent de réduction des décès liés au paludisme. Ces conclusions ont servi à étayer la phase 2 pour recentrer radicalement les investissements sur les zones de collines et améliorer la surveillance pour faire face à l'évolution de l'épidémie et à la répartition géographique des cas restants.
- **Lutte contre la tuberculose et le paludisme au Cambodge** – la prévalence de la tuberculose a diminué de 43 pour cent dans l'ensemble entre deux enquêtes nationales sur la prévalence et les décès liés au paludisme ont diminué de 80 pour cent (avec un impact plus marqué dans les districts ayant des interventions avancées).
- **Lutte contre le paludisme à Myanmar** – progrès vers l'impact avec une baisse des décès liés au paludisme signalés. Toutefois, un risque majeur de résistance à l'artémisinine a orienté la création de la subvention régionale dans le cadre du nouveau modèle de financement.
- **Lutte contre le VIH en Afrique du Sud** – impact d'une couverture de la thérapie antirétrovirale de 75 pour cent sur la mortalité des adultes et l'espérance de vie qui augmente pour la première fois en une décennie, partant de 51 ans en 2005 à 60 ans en 2010, et la baisse de la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 3,5 à 2,7 pour cent. L'examen des programmes a permis l'élaboration d'un plan quinquennal propre à garantir la pérennité des résultats et destiné à orienter le financement de la phase 2, ainsi que la reprogrammation des interventions pour répondre à la forte incidence soutenue du VIH.
- **Lutte contre le VIH en Thaïlande et en Ouganda** – impact limité des activités de prévention précédentes, prévalence élevée du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables et augmentation de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en Ouganda. Cette situation a conduit à une reprogrammation du financement du Fonds mondial, du financement national et de celui des partenaires au niveau des districts et à l'échelon local avec un ciblage plus stratégique pour assurer un impact plus marqué.
- **Lutte contre le paludisme en Tanzanie** – avec d'autres partenaires, baisse de la prévalence du paludisme par région de 2007-2008 à 2011-2012 (comme le montre la figure ci-dessous).

- En outre, un **examen thématique sur la résistance à l'artémisinine**, les examens par pays au Zimbabwe et à Myanmar et la participation dans les évaluations conjointes des stratégies et plans nationaux au Mozambique ont été menés afin de mieux étayer les futurs investissements dans le cadre du nouveau modèle de financement.

Figure 11 – Prévalence du paludisme par région en Tanzanie



(Source: Programme national de lutte contre le paludisme de Tanzanie)

40. Le Groupe technique de référence en évaluation a également insisté sur les problèmes de qualité des données dans ses premières évaluations de pays et sur la nécessité d'investir dans des systèmes de données pour renforcer la capacité des pays à mesurer l'impact sur la durée de l'évaluation, et dans certains pays comme base de l'évaluation d'impact au-delà de 2016.

41. Le Groupe technique de référence en évaluation a également lancé un programme d'examen thématiques pour faciliter les décisions stratégiques. Ces examens englobent le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation qui a permis au Conseil d'administration de prendre une décision sur les investissements dans ce domaine, l'AMFm (à l'appui des récentes décisions du Conseil), la résistance à l'artémisinine pour documenter les subventions dans le cadre du nouveau modèle de financement et un examen d'impact planifié du nouveau modèle de financement lui-même. Il a examiné les termes de référence des examens thématiques concernant les États fragiles, les droits de l'homme et les OMD 4 et 5 qui faciliteront l'examen stratégique et les décisions au cours de la période 2014-2016 couvrant la reconstitution des ressources et l'actuelle stratégie du Fonds mondial. Cette initiative vise à assurer un cycle planifié et régulier d'évaluations pour étayer les financements que le Fonds mondial accordera à l'avenir aux pays.

Annexe A - Résumé du plan d'évaluation

1. Le Groupe technique de référence en évaluation a convenu de quatre éléments clés pour l'évaluation du Fonds mondial: 1) évaluations des pays, 2) évaluation de la qualité des données, 3) examens thématiques et 4) étude de synthèse et rapport indépendants.

2. Le Groupe technique de référence en évaluation a convenu de soutenir une « plateforme de pays » des évaluations élaborées avec ses partenaires techniques et financiers. Il met l'accent sur l'impact des maladies, le renforcement des capacités et les recommandations pratiques pour les pays et les subventions, en soutenant le cadre de l'appropriation nationale et la pérennité. Les cinq principes suivants ont été définis pour ses évaluations (Cinq P):

- Approche **partenariale** – s'appuyer sur les partenaires, collaborer avec eux et synchroniser les évaluations en assurant rigueur et objectivité ;
- **Périodique** – évaluations planifiées, régulières plutôt que ponctuelles (« une évaluation quinquennale ne pourrait se substituer à cinq ans d'évaluation ») ;
- Conception de la **plausibilité** – fournir la preuve de l'impact positif et négatif du programme, en tenant également compte d'autres influences non liées au programme tout au long du processus établi de changement du suivi et de l'évaluation ;
- **Plateforme** de pays – s'appuyer sur les systèmes nationaux, y compris les examens de programmes et le renforcement des capacités du pays en matière de suivi et d'évaluation ;
- **Pratique** pour les subventions – les examens devraient fournir des recommandations pratiques pour la gestion, le renouvellement et la reprogrammation des subventions.

3. Les évaluations pays seront principalement axées sur l'impact sur les pays et sur les réponses à ces deux questions :

- La mortalité/morbidité de la maladie et/ou l'incidence et la prévalence ont-elles changées de manière positive ou négative ?
- Les résultats et les comportements ont-ils changé de manière positive ou négative ?

4. En outre, elle permettra d'évaluer les rapports de cause à effet tout au long de la chaîne de suivi et d'évaluation, mais avec un point de départ et un accent sur l'impact. Les questions suivantes seront incluses, pour évaluer la contribution et les rapports de cause à effet tout au long de la chaîne de résultats :

- La **couverture des services** d'intervention clés a-t-elle augmenté, et ces services ont-ils atteint les groupes exposés au risque ?
- L'accès en termes **d'âge, de sexe, d'équité et de qualité des services** d'intervention clés s'est-il amélioré?

- Des **fonds** ont-ils été décaissés pour les services essentiels et les contributeurs ?
- Y avait-il assez de données de qualité pour déceler l'effet de l'élargissement de la couverture des services et de l'amélioration de leur qualité sur la charge de morbidité ? Quelles étaient les sources de préjugés ?
- Quelle était la **contribution du Fonds mondial** dans l'intensification des ressources, l'augmentation de la couverture des services d'intervention prioritaires, l'amélioration de la qualité du service et des résultats? Quelles étaient les autres explications et hypothèses concurrentes des changements de résultats et d'impacts positifs et négatifs ?
- Comment les contributions du Fonds mondial peuvent-elles être améliorées pour mieux contribuer aux résultats et à l'impact ? Quelles sont les recommandations en matière de gestion ?

5. Le Groupe technique de référence en évaluation du Fonds mondial a convenu de l'importance de la contribution, de l'évaluation de la causalité et des explications concurrentes plutôt que l'attribution étroite à une source de financement ou à une intervention unique: « *L'évaluation de l'impact permet de déterminer l'incidence globale sur la morbidité des cas et les décès liés à ces trois maladies. Elle permet également de déterminer la causalité et la contribution du Fonds mondial ainsi que d'autres explications tout au long de la chaîne de résultats, depuis les intrants jusqu'aux produits.* »

Annexe B – Résumé de l'évaluation de la période de transition du nouveau modèle de financement

1. La phase de transition du nouveau modèle de financement (février 2013 - janvier 2014) est centrée sur le suivi et l'apprentissage pour l'application des décisions du Conseil d'administration (GF/B27/DP7 et GF/B28/DP4) et s'appuie, pour ce faire, sur une évaluation du processus. Les enseignements tirés et les ajustements apportés au cours de la phase de transition renforceront l'efficacité et la réussite de la mise en œuvre intégrale du nouveau modèle de financement en 2014. Il s'agit de la première phase d'apprentissage de la transition. Une évaluation supplémentaire sera menée dans l'avenir sur le déploiement complet du nouveau modèle de financement.

2. Afin d'identifier les forces et les faiblesses du nouveau modèle de financement et les « enseignements tirés » et d'apporter les améliorations appropriées, l'évaluation du processus nécessite la collecte et l'analyse régulières de données et une collaboration étroite entre l'équipe d'évaluation et le personnel de gestion des subventions sous la direction du Groupe technique de référence en évaluation. L'objectif principal sera d'évaluer les forces et les faiblesses de la mise en œuvre du nouveau modèle de financement et de déterminer comment on peut l'améliorer.

3. Les informations et les données seront recueillies à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives et l'approche sera axée sur 1) des réunions structurées de l'équipe de pays pour faire le bilan des questions prioritaires pour une amélioration rapide (examen de la gestion des subventions), 2) les commentaires des intervenants à propos des forces, des faiblesses et des points à améliorer (questionnaires); et 3) les visites dans les pays (y compris les examens de programme), notamment l'examen d'un certain nombre de paramètres relatif aux résultats escomptés. En raison du nombre restreint de pays et du calendrier de la phase de transition, certaines réserves s'appliqueront à la généralisation des résultats.

4. Le nouveau modèle de financement comporte deux phases d'évaluation – la première phase pour évaluer le processus des éléments du nouveau modèle de financement pendant la phase de transition, dans le but d'en améliorer le modèle. Une évaluation supplémentaire sera menée à propos du déploiement complet du nouveau modèle de financement à partir de 2014.

L'apprentissage à travers la transition – Une évaluation du processus

5. Le suivi et l'apprentissage de la phase de transition s'appuient sur une évaluation du processus qui vise à analyser la mise en œuvre de chaque élément du nouveau modèle de financement.

6. L'évaluation du processus aura pour objectif de répondre à ces trois questions fondamentales :

- Quelles sont les forces et les faiblesses de la mise en œuvre du nouveau modèle de financement ?

- Comment ce nouveau modèle de financement sera-t-il amélioré par rapport au précédent modèle ?
- Les principaux éléments du nouveau modèle de financement sont-ils clairement définis dans les directives fournies, et qu'est-ce qui est nécessaire pour les rendre plus efficaces ?

7. Les questions suivantes peuvent également être abordées lors du processus d'évaluation :

- Quelles sont les questions prioritaires reçues des pays et des équipes de pays au cours de la phase de transition ?
- Dans quelle mesure les éléments du nouveau modèle de financement et le processus sont-ils communiqués et compris au niveau du pays ?
- Quels sont les écarts par rapport à la portée définie des éléments du nouveau modèle de financement au cours de la mise en œuvre ?

8. Des liens seront établis vers les examens thématiques concernant les États fragiles et les droits de l'Homme pour améliorer l'apprentissage et élaborer des options stratégiques.

Modèle logique

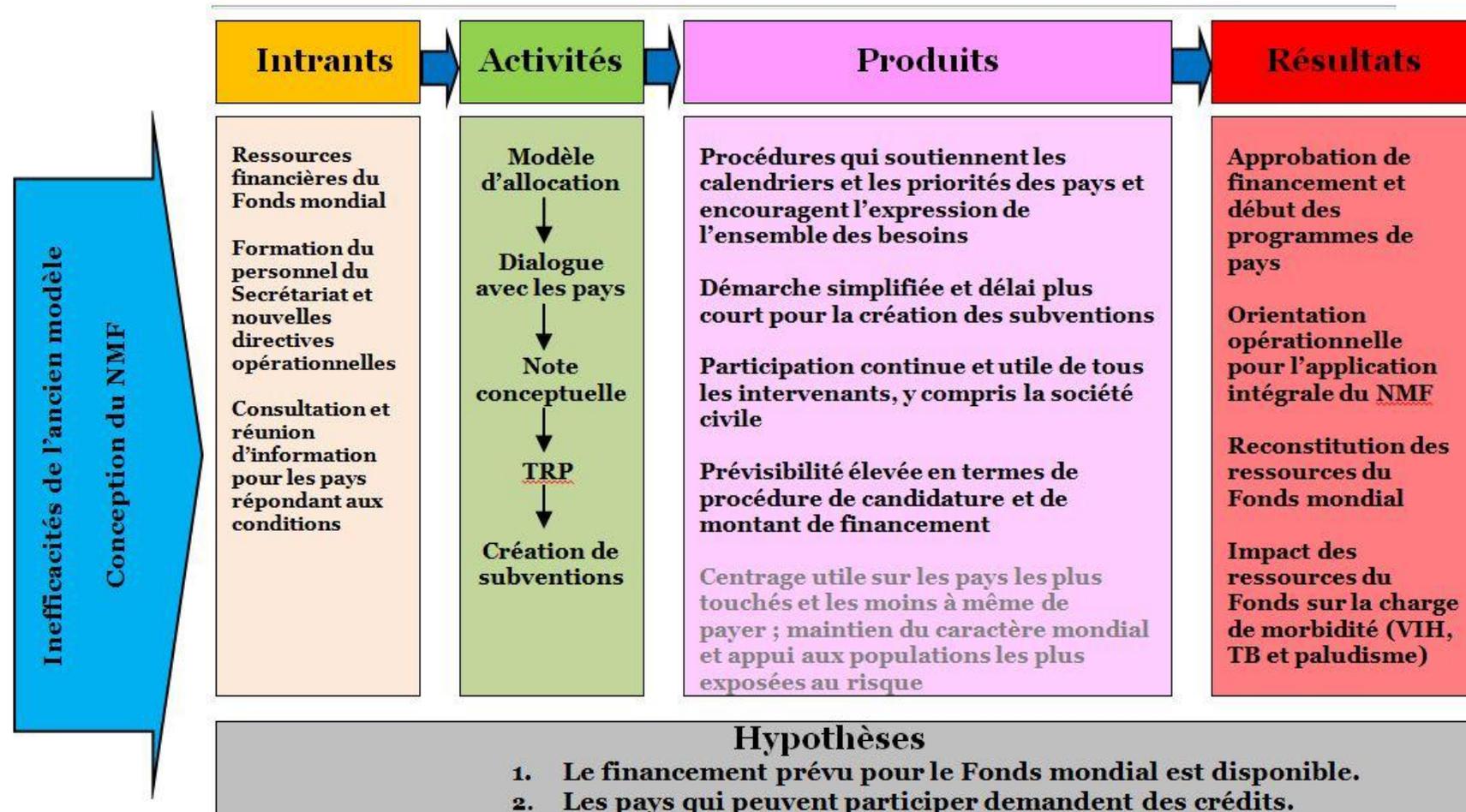
9. Il existe diverses questions dans le modèle de financement précédent, comme celles identifiées dans le rapport du Groupe de haut niveau par exemple. Le Conseil d'administration du Fonds mondial a donc adopté le nouveau modèle de financement pour aborder ces questions en respectant certains principes. Parmi les faiblesses du précédent modèle de financement qu'il fallait corriger figurent la lenteur du processus d'établissement des subventions (par exemple, l'évaluation de la capacité du bénéficiaire principal est menée bien après l'approbation de la proposition), le calendrier imprévisible des possibilités de financement, le taux d'acceptation des propositions (tout ou rien) et des coûts de transaction considérables pour l'élaboration des propositions, des propositions en mode projet, etc.

10. L'évaluation du processus aura pour but d'assurer le suivi et un apprentissage aux fins d'améliorer les principes ci-après du nouveau modèle de financement :

- Alignement plus marqué sur les calendriers, le contexte et les priorités du pays ;
- Amélioration du dialogue avec le pays et les partenaires ;
- Simplicité à la fois pour les maîtres d'œuvre et le Fonds mondial ;
- Prévisibilité du processus et des niveaux de financement.

Le modèle logique illustre le processus et l'interdépendance des éléments du nouveau modèle de financement au cours de la phase de transition. Les données de sortie indiquées en gris sur la figure seront obtenues lors de la phase de déploiement complet du nouveau modèle de financement.

Phase de transition du nouveau modèle de financement – modèle logique



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

www.theglobalfund.org

Tous droits réservés. Le présent document peut être librement cité, reproduit
ou traduit en tout ou en partie pour autant que la source soit reconnue.

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 à
l'adresse info@theglobalfund.org.

Pour plus de renseignements et pour des informations à jour à propos
du Fonds mondial,