

“ LE FONDS MONDIAL A TROP DE TRÉSORERIE ”



La période 2017-2019 sera la 5^{ème} reconstitution des ressources du Fonds mondial. Pour ces trois prochaines années, les besoins financiers estimés par le Fonds mondial pour répondre aux besoins des pays bénéficiaires et à l'objectif de développement durable de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme d'ici à 2030 s'élèvent à 13 milliards de dollars (soit 11,4 milliards d'euros).

Deuxième contributeur international du Fonds mondial et premier contributeur européen depuis la création du Fonds, la France doit encore décaisser le reste de sa contribution 2014-2016 (60 millions à notre connaissance) avant la fin de l'année 2016.

Alors que les besoins sanitaires sont encore immenses, les associations du Collectif Santé Mondiale demandent que la France honore sa contribution au Fonds mondial pour 2014-2016 (1,08 milliard d'euros engagé).

La France doit également annoncer au plus vite une nouvelle contribution d'au moins 1,08 milliard engagé pour la période 2017-2019 afin de répondre aux besoins des pays affectés et mobiliser d'autres donateurs à faire de même.

Historiquement, les **réserves de trésorerie importantes** s'expliquent par le fait qu'elles ont permis de mobiliser les pays afin qu'ils s'engagent dans des programmes ambitieux d'accès aux ARV en garantissant une prévisibilité des ressources à moyen terme.

Les statuts initiaux rédigés par le conseil d'administration du Fonds mondial (dont la France) prévoyaient que les caisses du Fonds devaient contenir un montant égal au financement de programmes pour trois ans. Au fur et à mesure que la confiance des pays dans le Fonds mondial s'est accrue, et que les risques liés à l'outil ont été réduits, cette disponibilité de trésorerie a été réduite à la hauteur d'environ un an de financement de programmes et de fonctionnement du Secrétariat du Fonds (soit un peu plus de 4 milliards). L'objectif est aujourd'hui de passer à 6 mois de trésorerie (environ 2 milliards).

En effet, le financement du Fonds mondial étant basé sur des contributions volontaires, le risque que certaines contributions ne soient pas versées est réel. Ainsi, lors de la crise de 2008, certains pays ont décidé de couper leurs financements², lors de la crise interne de 2011 d'autres ont suspendu leurs contributions pendant plusieurs mois. La trésorerie du Fonds reste donc primordiale pour ne pas interrompre des programmes de prise en charge des pandémies en cours de réalisation en cas de non-respect des engagements financiers des Etats.

La France doit donc pleinement honorer sa contribution 2014-2016 pour ne pas mettre le Fonds dans une situation délicate.

Par ailleurs, l'un des plus gros défis pour le Fonds mondial reste le **décaissement effectif** de ses subventions sur le terrain. Les temps de décaissement reflètent les capacités d'absorption³ des pays et relèvent donc d'enjeux

systémiques. Ce calendrier permet toutefois au Fonds de mieux contrôler et de lutter contre les éventuels détournements de fonds au niveau national.

Conscient de la nécessité d'aider les pays à utiliser de la meilleure façon possible l'argent qui leur est alloué afin d'optimiser les investissements et de gagner en efficacité et en impact,

Le Fonds mondial a mis en place plusieurs initiatives

dont la dernière en date, l'*Implementation Through Partnership* (ITP) qui vise à renforcer les capacités des pays récipiendaires dans la gestion des subventions. Le *New Funding Model* vise également à réduire la complexité du processus de demande de subvention en instaurant un calendrier plus souple (un pays admissible peut présenter une demande à tout moment au cours des trois ans de la période d'allocation) et en simplifiant la note conceptuelle tout en s'assurant de l'alignement avec les stratégies nationales.

L'importante trésorerie et le temps de décaissement ne sont pas des particularités du Fonds mondial.

Au contraire, ce sont des caractéristiques de beaucoup d'institutions de financement du développement bilatérale ou multilatérale. En effet, les décaissements de la FAO, du Fonds européen de développement ou de l'Organisation mondiale de la santé respectent les mêmes rythmes⁴. Quant à l'AFD, le délai moyen d'exécution de ses projets est de 4 ans avec une majorité de décaissements réalisés sur les 2 dernières années⁵. Le rythme moyen de décaissement entre l'octroi du financement et le 1^{er} versement dans les projets en cours est de 302 jours soit presque un an⁶.

1. Conclusions de la troisième reconstitution des ressources du Fonds mondial, Avril 2013 et Guide de gouvernance, mobilisation, gestion et contrôle des ressources financières, mai 2014.
2. L'Italie est passée d'une contribution de 200 millions d'euros à une contribution nulle en plein milieu d'un cycle de financement.
3. Capacité à utiliser efficacement les financements reçus par l'intermédiaire des subventions du Fonds mondial
4. Multilateral Aid Review 2011.
5. http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/SANTE/pdf/AFD_Synthese_Evaluation_conjointe_Muskoka_FR.PDF
6. Données calculées à partir des données du site de l'AFD au 25 mars 2016 pour les projets santé dont les informations sont disponibles sur le site OPENDATA de l'AFD.

“ LE FONDS MONDIAL NE RENFORCE PAS LES SYSTÈMES DE SANTÉ ”

FAUX

La période 2017-2019 sera la 5^{ème} re-constitution des ressources du Fonds mondial. Pour ces trois prochaines années, les besoins financiers estimés par le Fonds mondial pour répondre aux besoins des pays bénéficiaires et à l'Objectif de développement durable de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme d'ici à 2030 s'élèvent à 13 milliards de dollars (soit 11,4 milliards d'euros).

Deuxième contributeur international du Fonds mondial et premier contributeur européen depuis la création du Fonds, la France doit encore décaisser le reste de sa contribution 2014-2016 (60 millions à notre connaissance) avant la fin de l'année 2016.

Alors que les besoins sanitaires sont encore immenses, les associations du Collectif Santé Mondiale demandent que la France honore sa contribution au Fonds mondial pour 2014-2016 (1,08 milliard d'euros engagé).

La France doit également annoncer au plus vite une nouvelle contribution d'au moins 1,08 milliard engagé pour la période 2017-2019 afin de répondre aux besoins des pays affectés et mobiliser d'autres donateurs à faire de même.

Le renforcement des systèmes de santé devient l'une des priorités des politiques internationales de santé publique, notamment depuis la crise Ebola de 2014. En effet, il est impossible de garantir un accès universel à la santé pour tous sans construire des systèmes de santé solides et résilients. Il est reproché au Fonds mondial, en ayant privilégié certaines pandémies, d'avoir développé une approche « verticale » qui serait non compatible avec le renforcement des systèmes de santé dans les pays. Arguant qu'un financement ciblé sur le VIH, la tuberculose et le paludisme fragmenterait les services de santé, l'action du Fonds mondial aurait des retombées négatives sur l'offre générale de soin et écarterait une large partie de la population des services.

Pourtant, le Fonds mondial intègre depuis plusieurs années le renforcement des systèmes de santé au sein de ses stratégies d'intervention.

De manière globale, il investit dans ce domaine au travers de subventions propres à une maladie et d'autres axées exclusivement sur le renforcement de ces systèmes. D'ailleurs, même si son mandat est la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, il doit le réaliser « de façon à contribuer au renforcement des systèmes de santé »¹ comme le stipule l'un des documents fondateurs du Fonds mondial.

Aujourd'hui, près de **40% des investissements du Fonds mondial sont consacrés à l'amélioration des systèmes de santé**² avec des investissements dans les programmes de lutte contre les pandémies qui améliorent et renforcent également les systèmes de santé (28%) et des investissements spécifiques pour la mise en place et le renforcement des systèmes en gestion financière et de l'information, la formation des agents de santé, la chaîne d'achats et d'approvisionnement, les politiques et la gouvernance et l'offre des services (12%).

Le Conseil d'administration a également approuvé un cadre de financement des co-infections et des co-morbidités liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme, telles les hépatites, afin d'assurer une meilleure intégration

des services et des protocoles de soins et de **contribuer à l'effort en faveur de la couverture sanitaire universelle.**

Concrètement, l'action du Fonds mondial pour ce renforcement passe par :

- Le soulagement des systèmes de santé en luttant contre les trois pandémies : à Zanzibar, le recours accru aux moustiquaires, à la pulvérisation intra-domiciliaire et aux combinaisons à base d'artémisinine a entraîné une baisse de 78% des hospitalisations.
- Le soutien aux systèmes d'information afin que les pays puissent se doter d'une meilleure riposte aux maladies : en Ethiopie, le Fonds mondial a soutenu un système intégré d'information sur la gestion de la santé qui a été déployé dans 93% des hôpitaux et 80% des établissements de santé. Ces logiciels permettront le renforcement de l'utilisation des données pour la planification et la prise de décision en santé.
- Le renforcement des professionnels de santé : au Zimbabwe, le Fonds mondial a financé la formation de 20 000 professionnels de santé essentiels afin de lutter contre l'exode du personnel de santé suite à l'effondrement de l'économie nationale en 2008-2009. Cela a considérablement renforcé la couverture des services de santé.
- L'amélioration des chaînes d'approvisionnement : au Ghana et au Nigeria, le Fonds mondial collabore avec les gouvernements et ses partenaires pour améliorer la gestion des chaînes d'approvisionnement à travers la planification des produits, la gestion de la logistique, l'entreposage et le suivi des informations.
- La promotion de la couverture sanitaire universelle : au Rwanda, le Fonds mondial investit dans le développement d'assurances-maladie communautaires afin d'augmenter l'utilisation des services chez les patients en situation financière difficile. Ainsi, les populations pauvres, clés et vulnérables n'ont plus à payer des sommes importantes de leur poche pour obtenir des soins de santé essentiels.

Le Fonds mondial s'inscrit depuis plusieurs années dans l'élan de la couverture sanitaire universelle et du renforcement des systèmes de santé. Comme l'ensemble des acteurs de la santé mondiale, il devra continuer ses efforts pour contribuer à la construction de systèmes de santé publique solides et résilients.

1. Document-cadre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2001.
2. Site du Fonds mondial, Gros plan sur la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé.

“ LA CONTRIBUTION FRANÇAISE AU FONDS MONDIAL N’EST PAS VISIBLE ”



La période 2017-2019 sera la 5^{ème} reconstitution des ressources du Fonds mondial. Pour ces trois prochaines années, les besoins financiers estimés par le Fonds mondial pour répondre aux besoins des pays bénéficiaires et à l’Objectif de développement durable de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme d’ici à 2030 s’élèvent à 13 milliards de dollars (soit 11,4 milliards d’euros).

Deuxième contributeur international du Fonds mondial et premier contributeur européen depuis la création du Fonds, la France doit encore décaisser le reste de sa contribution 2014-2016 (60 millions à notre connaissance) avant la fin de l’année 2016.

Alors que les besoins sanitaires sont encore immenses, les associations du Collectif Santé Mondiale demandent que la France honore sa contribution au Fonds mondial pour 2014-2016 (1,08 milliard d’euros engagé).

La France doit également annoncer au plus vite une nouvelle contribution d’au moins 1,08 milliard engagé pour la période 2017-2019 afin de répondre aux besoins des pays affectés et mobiliser d’autres donateurs à faire de même.

Beaucoup critiquent l’aide multilatérale, et par là le Fonds mondial, quant à la faible visibilité qu’elle confère à l’action de la France. Si cet argument est en totale incohérence avec l’objectif d’efficacité qui est censé motiver les choix budgétaires, d’autres raisons peuvent être avancées pour le réfuter. Tout d’abord, la contribution française au sein de ces organismes est un moyen de

peser politiquement et culturellement

sur la gouvernance de l’organisation en orientant les choix de la communauté internationale dans son ensemble, en lui insufflant ses valeurs et ses priorités¹.

En outre, la part de l’aide multilatérale française n’est pas plus importante que celle des autres donateurs,

ni en volume, ni en pourcentage de son APD totale. Au contraire, elle se trouve plus ou moins dans la moyenne des autres pays de l’OCDE². Quand à l’APD santé en particulier, la France a fait le choix de la financer majoritairement via le canal multilatéral, notamment pour profiter des effets de levier et de l’ampleur de l’impact que ce canal permet.

Par ailleurs, le financement multilatéral n’empêche pas le financement bilatéral.

Par exemple, la contribution française à l’Initiative de Muskoka pour la santé des femmes, des mères et des enfants (2011-2015) était mise en œuvre à la fois à travers le canal bilatéral via l’AFD (48 millions d’euros par an) et le canal multilatéral via l’allocation de fonds à des agences onusiennes (27,5 millions d’euros par an). De plus, le Ministère des affaires étrangères et du développement international pilote également l’Initiative 5%, un outil bila-

téral au sein du financement multilatéral. 5% de la contribution annuelle française au Fonds mondial, soit 18 millions d’euros, est affectée au renforcement de l’expertise technique des pays francophones dans leur plan de développement sanitaire. L’initiative a permis de mettre en valeur l’ensemble du financement de la France au Fonds mondial, notamment par l’amélioration de l’efficacité des subventions du Fonds et par un travail renforcé de pilotage et de suivi des conseillers santé et des ambassades sur le terrain. Selon le Rapport bisannuel de 2014 sur la mise en œuvre de la stratégie française d’aide au développement,

le secteur de la santé est exemplaire en matière de complémentarité entre les composantes bilatérales et multilatérales³.

La Multilateral Aid Review publiée par DFID en 2011 a également souligné les avantages à utiliser le canal multilatéral comme levier de l’aide bilatérale : les organisations multilatérales rassemblent des financements à grande échelle, apportent une expertise particulièrement spécialisée, soutiennent des initiatives innovantes, ont les mandats et la légitimité d’agir dans les situations de conflit et fournissent une plateforme pour agir dans chaque pays, et notamment dans les pays où les relations bilatérales peuvent être gelées en raison de conjonctures politiques difficiles⁴.

En conclusion, la tentation est grande de mettre en concurrence les canaux bilatéraux et multilatéraux, elle serait pourtant dommageable à l’ensemble de l’aide publique au développement française. Aide multilatérale et bilatérale sont des outils tous deux efficaces et nécessaires, mais avant tout complémentaires. Enlever à l’un pour donner à l’autre est une stratégie qui aboutirait à l’affaiblissement de la diplomatie sanitaire française qui doit, au contraire, améliorer à la fois le financement et l’articulation des différents canaux dans lesquels elle investit.

1. Rapport bisannuel 2014 sur la mise en œuvre de la stratégie française d’aide au développement (2012-2013), Ministère des Affaires étrangères et du Développement international.
2. D’après les chiffres de l’OCDE, en 2014, la France a accordé 39% de son APD à l’aide multilatérale, contre 30% pour l’Allemagne, 42% pour le Royaume-Uni et 35% pour le Japon. En 2014, la France a donné 4142 millions de dollars à l’aide multilatérale, l’Allemagne 4970 millions, le Royaume-Uni 8108 millions et le Japon 3243 millions.
3. Rapport bisannuel 2014 sur la mise en œuvre de la stratégie française d’aide au développement (2012-2013), Ministère des Affaires étrangères et du Développement international.
4. Multilateral Aid Review, DFID, Mars 2011.



“ LE FONDS MONDIAL N’AGIT PAS DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE LA FRANCE ”

FAUX

La période 2017-2019 sera la 5^{ème} reconstitution des ressources du Fonds mondial. Pour ces trois prochaines années, les besoins financiers estimés par le Fonds mondial pour répondre aux besoins des pays bénéficiaires et à l’Objectif de développement durable de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme d’ici à 2030 s’élèvent à 13 milliards de dollars (soit 11,4 milliards d’euros).

Deuxième contributeur international du Fonds mondial et premier contributeur européen depuis la création du Fonds, la France doit encore décaisser le reste de sa contribution 2014-2016 (60 millions à notre connaissance) avant la fin de l’année 2016.

Alors que les besoins sanitaires sont encore immenses, les associations du Collectif Santé Mondiale demandent que la France honore sa contribution au Fonds mondial pour 2014-2016 (1,08 milliard d’euros engagé).

La France doit également annoncer au plus vite une nouvelle contribution d’au moins 1,08 milliard engagé pour la période 2017-2019 afin de répondre aux besoins des pays affectés et mobiliser d’autres donateurs à faire de même.

Les pays pauvres prioritaires (PPP) de l’aide française¹, au nombre de 16, sont tous situés en Afrique. Ce sont vers ces Etats les plus fragiles, foyers de crises sanitaires, politiques et économiques que doivent se concentrer les financements français, et les fonds multilatéraux auxquels elle contribue y sont particulièrement efficaces. En effet, sur la période 2014-2016, les 16 pays pauvres prioritaires de la stratégie française ont bénéficié de 14,8% des allocations du Fonds mondial² et les pays d’Afrique francophone³ représentent 25% des investissements⁴. Ces chiffres sont en augmentation puisqu’en 2013, les pays prioritaires étaient bénéficiaires de 13,7% des financements⁵ et en 2010-2013, les pays francophones étaient bénéficiaires d’environ 17% des financements⁶. Enfin, 64% des programmes financés par le Fonds sont situés en Afrique subsaharienne. Il est donc indéniable que la contribution française au Fonds mondial est un moyen de

renforcer la priorité donnée par cette institution vers les zones prioritaires française.

Il est également important de noter que **l’aide multilatérale est efficace dans ces pays** en terme d’impact sanitaire et d’efficacité des programmes, notamment dans les seize pays prioritaires de

l’aide française⁷. En effet, **les pays francophones d’Afrique subsaharienne enregistrent des meilleurs résultats que leurs voisins au regard de la charge de morbidité** (sauf pour le paludisme)⁸. A titre d’exemple, en République démocratique du Congo, l’incidence du VIH a diminué de 55% entre 2000 et 2014 et celle du paludisme de 43% ; en Côte d’Ivoire, l’incidence du VIH a diminué de 62%, celle de la tuberculose de 53% et celle du paludisme de 28%. De plus, les allocations du Fonds mondial représentent en moyenne **9,2%**¹⁰ du total des dépenses en santé et **28%**¹¹ de l’APD santé des pays d’Afrique francophone. Son rôle est donc crucial en matière de lutte contre les 3 pandémies dans ces pays. Ainsi, l’investissement dans les missions du Fonds mondial permet à la France de joindre ses forces aux autres bailleurs et

d’intervenir dans un domaine dans lequel elle pourrait difficilement obtenir seule les mêmes résultats.

Réduire ces financements, ce serait réduire la disponibilité des traitements et l’accès aux programmes de prévention qui ont démontré leur efficacité dans la lutte contre ces trois maladies en Afrique subsaharienne et au niveau mondial.

1. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo.
2. Chiffre total des allocations du Fonds mondial = 14,82 milliards (soit les allocations directement vers les pays).
3. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Djibouti, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo.
4. Idem que pour calcul précédent, chiffre de 14,82 milliards.
5. http://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bisannuel_BD_cle0d8399.pdf
6. Chiffre total des allocations du Fonds mondial pour 14,37 = 2013-2010 milliards.
7. Evaluation des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, MAE, Août 2013.
8. Idem.

