

PUNIS PAR LEUR SUCCES !

Impact du nouveau modèle du Fonds Mondial et des critères d'éligibilité
pour les pays de la région Moyen Orient – Afrique du Nord





Seulement deux pour cent du nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH résident dans la région du Moyen-Orient et Afrique du Nord. Cela pourrait être un soulagement pour nous tous. Pourtant, de récentes estimations montrent que c'est l'une des deux régions au monde, avec l'Europe de l'est et l'Asie centrale, où la croissance de l'épidémie est la plus rapide. L'engagement insuffisant, la stigmatisation, la discrimination et les lois inadaptées continuent d'entraver le travail avec des personnes vivant avec le VIH et les populations marginalisées. Le nombre encore relativement faible de personnes touchées est notre «fenêtre d'opportunité». Nous devons agir rapidement avant que la demande ne dépasse l'offre. Nous devons redoubler d'efforts pour s'assurer que les pays atteignent leurs objectifs vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Seule la volonté politique et la mobilisation de la société apporteront les changements nécessaires à la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. (...)

Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA et Sous-Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies - Rapport ONUSIDA sur le VIH-Sida, région MENA, 2011

CSAT
Civil Society Action Team

 **ITPC**

ALCS
جمعية
السيبرانية



عضو بالائتلاف العالمي لمحاربة السيدا



INTRODUCTION

Ce plaidoyer a été réalisé à la demande du CSAT MENA Hub¹ (hébergée par l'Association de Lutte contre Le Sida, Maroc) pour mettre en exergue les inquiétudes que soulève le nouveau modèle de financement du Fonds mondial au niveau de la région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient (MENA).

Cette brève analyse de deux pays – le Maroc et la Tunisie – s'est basée sur une importante recherche documentaire, des entretiens individuels avec plus de 30 parties prenantes clés dans les deux pays et au niveau régional (l'équipe de soutien régional de l'ONUSIDA MENA- le bureau pays de l'ONUSIDA – le président des CCM – les Programmes nationaux pour le SIDA – les bénéficiaires principaux (PR) et les sous bénéficiaires (SR) – les Organisations Non Gouvernementales – les Populations les plus affectées- les PVVIH), ainsi que sur une enquête en ligne distribuée à plus de 50 acteurs de la société civile en Tunisie et au Maroc². Ce papier donne un aperçu de la situation dans la région MENA, en se penchant sur les bénéfices du soutien du Fonds Mondial dans la région, discute les faiblesses inhérentes au processus de groupage des pays et formule des recommandations pour nuancer ces processus de façon à empêcher que la région MENA soit punie de son succès. Suite à ces entrevues, nous pouvons affirmer que l'intervention du Fonds Mondial a eu un impact significatif au niveau de la riposte contre la maladie et de l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH dans la région.

Ce travail a été réalisé en Octobre, suite à la 27^{ème} réunion du Conseil qui s'est tenue le 13 et 14 Septembre 2012. La pression du temps et le manque de ressources pour la réalisation de ce papier n'ont permis de couvrir que la situation dans deux pays. Nous pensons que cette brève analyse doit servir de base à une étude plus large qui devra être demandée pour couvrir tous les pays de la région. Nous avons rencontré différents problèmes concernant la lutte contre la Tuberculose (TB). Le manque d'information et la masse critique de personnes avec qui s'engager ont également constitué des obstacles. Nous le reconnaissons, mais cela ne doit pas porter atteinte à la force des informations contenues dans ce papier.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de(s) auteur(s) et expert(s) et ne reflètent pas nécessairement la vision du CSAT Global, sa gestion, son personnel, ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'Équipe d'action de la société civile (CSAT) est une initiative mondiale dirigée par la société civile et visant à coordonner, fournir et promouvoir un soutien technique aux organisations de la société civile qui demandent ou mettent en œuvre des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Hébergée au niveau mondial par le Secrétariat international de l'ICASO depuis 2008, l'initiative est née d'un besoin croissant de renforcer la voix de la société civile et des populations vulnérables dans le cycle de subventions du Fonds mondial et d'assurer le plus grand impact des subventions de la société civile.

©2012 – CSAT MENA – ALCS – novembre 2012

Editing : N. RAFIF & O. MELLOUK/ Graphisme : M. SMYEJ

alcsmarrakech@gmail.com/o.mellouk@gmail.com/smyej.med@gmail.com

¹ <http://www.csactionteam.org/>

² <http://csatmena.org/surveys/spip.php?article1>





Résumé des recommandations	6
Comment capitaliser sur le Fonds Mondial dans la région, sans pour autant punir les pays de la région MENA de leur succès ?	7
Contexte	8
Bref aperçu regional	11
L'investissement du Fonds mondial, crucial dans la région MENA: une fenêtre d'opportunité	17
Stimulation d'une réponse globale à la maladie, impliquant une variété d'acteurs	17
Accès au traitement	19
Programmes auprès des Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	20
Les programmes pour les Professionnels du Sexe (PS)	22
les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	22
les usagers de drogues	22
Une plateforme critique, le mécanisme de coordination des instances nationales (CCM)	23
Éléments clés du NFM et ses conséquences potentielles pour la région MENA	24
Etablissement de groupes de pays	24
Les préoccupations de la région MENA sont:	25
Les populations les plus à risque "Groupe ciblé"	27
Ambition et financement incitatif	31
Conclusion & recommandations	33
Références et Bibliographie	35



Résumé des recommandations

Dans un monde où les paradigmes économiques sont en constante évolution et face à une meilleure compréhension d'une riposte efficace à la maladie, la gestion et la maturation de l'organisation le Fonds Mondial doit évoluer. Le nouveau modèle de financement (NFM) est une étape importante de cette évolution. Nous ne le contestons pas, mais sa structure, sa formulation, son plan de mise en œuvre et son processus soulèvent beaucoup de questions et de préoccupations pour la région MENA. Le NFM dans son itération actuelle par le Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact (SIIC), présenté au Conseil du Fonds Mondial pour décision lors de sa réunion de Novembre porte peu encouragement pour les pays de la région MENA, à moins que des modifications importantes ne soient faites. Comme il peut être compris par ce document, il n'y a réellement qu'une conclusion que nous pouvons faire concernant le NFM tel que présenté dans les points de décision du SIIC :

- Clairement, le processus de décision de groupage des pays est inadéquat et les critères DOIVENT être

L'itération actuelle du NFM n'est pas acceptable pour les pays MENA, car le risque de voir tous les progrès effectués minés, retardés ou inversés est trop palpable.

Dans nos principales recommandations ci-dessous listées, nous avons besoin d'avoir des garanties et des décisions appropriées de la part du Conseil avant qu'un soutien ne soit apporté au nouveau modèle.

modifiés et nuancés pour fournir des profils plus précis

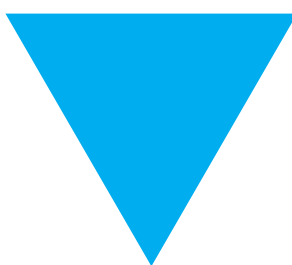
- La volonté de payer DOIT être intégrée malgré les doutes du secrétariat concernant le degré de difficulté de cette évaluation. Utiliser une matrice de probabilité, même si ce n'est pas une solution parfaite, pourrait traiter la question durant la période intérimaire jusqu'à ce qu'une solution permanente acceptable soit conçue
- Le processus de développement d'un critère pour le groupe ciblé doit inclure la société civile et les représentants des populations les plus affectées de la région MENA, notamment sur la question des critères qualitatifs. Le montant alloué au groupe ciblé DOIT être au minimum de 10% du montant total
- La définition de bonne performance doit être revisitée dans le contexte des exigences du NFM pour que l'évidence de l'effet catalyseur du Fonds Mondial dans plusieurs domaines importants dans la région ne soit pas perdue ou ignorée
- Le secrétariat DOIT être instruit pour assurer une représentation appropriée de la société civile et des populations les plus affectées durant les processus de dialogue itératif, essentiel pour évaluer les progrès dans la région MENA.

- Le NFM doit être plus explicite sur la manière d'intégrer les stratégies sur les droits humains, et la stratégie d'identité et de genre (SOGI) au sein du NFM
- Un financement suffisant doit être disponible pour maintenir l'ambition des pays et les mesures incitatives
- La règle ONG doit être renforcée pour couvrir les trois maladies, et les mécanismes pour les propositions régionales hors CCM doivent être

rendus explicites.

Ces domaines devront être traités, vu l'importance de leur impact sur l'efficacité et l'équité du NFM.

La responsabilité repose à présent sur le Fonds mondial et nous exhortons les délégations du Conseil d'Administration à prendre la bonne décision en novembre 2012, et d'insister pour que les changements articulés dans nos recommandations soient mis en œuvre.



COMMENT CAPITALISER SUR LE FONDS MONDIAL DANS LA RÉGION, SANS POUR AUTANT PUNIR LES PAYS DE LA RÉGION MENA DE LEUR SUCCÈS ?

Recommandations

- Volonté de payer- critère de probabilité
- Nuancer les critères pour décider les groupes de pays
- Elargir la portée des groupes ciblés pour aller au-delà des services essentiels
- Maintenir les catalyseurs et le financement portant sur le renforcement du système communautaire (CSS) pour les pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé (U-LMIC et UMIC)
- Redéfinir la « performance » dans le contexte du NFM
- S'assurer que l'enveloppe incitative est proprement attribuée
- Le CCM doit rester une plateforme centrale pour assurer le développement des propositions et la surveillance : son rôle est essentiel dans la facilitation des membres de la société civile et des personnes les plus à risques dont le cas est critique, ainsi que leur engagement formel dans le processus de dialogue itératif
- Opérationnalisation des stratégies pour l'orientation sexuelle et les identités de genre (SOGI) ; celles sur l'égalité des sexes (GES) et les Droits humains doivent être explicites
- Inclure la Tuberculose, le Paludisme ou les filtres du CAD de l'OCDE doivent être éliminés

Contexte

Historiquement, le débat concernant l'éligibilité des pays pour le Fonds mondial existe depuis 2007. Le Comité Portfolio du Fonds mondial, lors de sa 15^{ème} réunion du Conseil en Avril 2007³ devait commenter et recommander des changements aux critères d'éligibilité des pays (sur la base des critères résumés ci-dessous) afin de restreindre l'accès au financement pour la riposte à la TB et au VIH dans les pays à revenu moyen supérieur. Les critères sont :

1. La prévalence parmi la population adulte est de 1% ou plus, ou la prévalence dans au moins une des populations vulnérables est de 5% ou plus;
2. Présence des niveaux appropriés de financement de contrepartie ou investissements domestiques ;
3. Les pays doivent figurer sur la liste de l'OCDE pour une assistance au développement officielle.

Le résultat est que la combinaison de ces critères exclura un nombre important de pays MENA de l'assistance que peut apporter le Fonds mondial, et que ces critères discriminent systématiquement les populations vulnérables (les personnes qui utilisent les drogues, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les prisonniers, les minorités) qui dans un modèle de faible prévalence- sont exposés à un risque

3 GF/B15/DP35

élevé d'infection et de transmission du VIH et/ou de tuberculose.

Les délibérations et les discussions se sont poursuivies jusqu'en novembre 2011, lorsque le Conseil du Fonds mondial a décidé que 55% de leurs engagements de financement pour une année donnée seront alloués aux pays à faible revenu⁴. Le Conseil avait déjà approuvé un éventail de mesures pour guider l'allocation des ressources aux pays à revenu moyen et plafonner le financement aux autres pays à revenu moyen à 10% de financement de contrepartie⁵ et aux populations les plus à risques (MARPS)⁶.

Afin de mettre en œuvre la décision de 55% d'allocation, le président du Conseil a annoncé en février 2012 sa décision de plafonner l'étape concernant les renouvellements à 75% des TRP-approuvés pour tous les pays à moyen et faible revenus et les pays à revenu intermédiaire supérieur⁷. Ce processus, avec d'autres facteurs, a finalement débouché sur le développement d'un nouveau modèle de financement pour le Fonds mondial.

« Le nouveau Modèle de Financement (NFM) doit être cohérent avec la stratégie du Fonds mondial, pour permettre au Fonds mondial d'investir stratégiquement et assurer qu'un **focus approprié soit placé dans les pays avec la prévalence la plus élevée et le moins de capacité à payer**, tout en retenant la portée internationale du Fonds mondial. Le nouveau modèle visera à renforcer la prévisibilité du processus et du financement, s'aligner avec les calendriers et les priorités des pays, créer un rendement, simplifier le

4 Modification of Grant Renewals and Transition to New Funding – GF/B25/DP16

5 Decision Point – GF/B23/DP23

6 GF/B21/DP18

7 B25/ER/05

processus de garantie et d'approbation des subventions, et permettre l'expression totale d'une demande de qualité. Le nouveau modèle doit améliorer la participation de toutes les parties prenantes, y compris la société civile, et soutiendra un financement continu pour les populations les plus affectées.⁸ ».

Dans le cadre de l'opérationnalisation du nouveau modèle de financement, le Fonds mondial propose d'établir des **groupes de pays**. Le nouveau modèle de financement (NFM) regroupera les pays éligibles en utilisant un système de « groupage ». Le système détermine si un pays est éligible en se basant sur une forte prévalence de la maladie et sa capacité financière à contrer les maladies. Les pays seront éligibles pour le type et la taille de financement adapté dans un sens au groupe dans lequel le secrétariat du Fonds mondial les aura classés.

Mais pouvons-nous vraiment nous baser sur le Revenu National Brut et la prévalence de la maladie pour fournir suffisamment de données précises pour une prise de décision stratégique affectant des centaines de milliers de vies dans la région MENA ?

Les critères établissant les "groupes" restent à déterminer. Mais les critères doivent aller au-delà de la capacité à payer et la prévalence de la maladie, et considérer d'autres facteurs tels que la volonté de payer ; une empreinte du Fonds mondial dans le pays ; le succès des interventions et programmes passés (faible prévalence VIH) et autres investissements. Sinon, les pays de la région MENA seront sévèrement lésés et

subiront un préjudice par le NFM.

De nombreuses recherches ont montré que le meilleur moyen de protéger une société avec une épidémie concentrée comparé à des épidémies plus généralisées, c'est d'investir agressivement dans des campagnes de prévention à grande échelle auprès des populations vulnérables, avant que la prévalence parmi ces populations n'atteigne 5%.

Les complexités, l'interdépendance et l'interaction parmi les communautés ont-elles été ignorées, ou alors est-ce que le but de simplicité et de résultats significatifs a pris le dessus sur le progrès et la viabilité à long terme ?

L'un des dangers potentiels du NFM, s'il venait à être adopté en l'état, réside dans le fait que les pays de la région MENA à faible prévalence ne seraient pas éligibles pour financer les efforts de prévention, mais pourraient être éligibles uniquement lorsque l'absence de prévention a entraîné des taux de prévalence atteignant au moins 5%.

DÉPENSES NATIONALES POUR LA PRÉVENTION DU VIH DANS LES PAYS À REVENUS INTERMÉDIAIRES

Le "groupage" proposé et le critère d'éligibilité ne prennent pas en considération des réalités fondamentales sur la capacité des pays à payer et ignore les succès réalisés jusqu'à là : alors que les investissements prennent place, ils sont non adéquatement dirigés vers le secteur de la santé-et au sein du secteur de la santé, le VIH et la TB arrivent généralement en fin d'agenda,

parce que d'autres maladies à plus forte prévalence nécessitent plus d'attention. Les ministres de la santé luttent pour leurs budgets et les groupes de pression qui peuvent agir pour la riposte au VIH/ TB sont faibles.

Au même temps, ceux avec des besoins plus importants pour la prévention du VIH (populations les plus affectées telles que les personnes qui utilisent les drogues, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les prisonniers, et les minorités) ont, une représentativité et un lobbying des plus faibles.

CADRE STRATÉGIQUE ET PRISE DE DÉCISION

Le «groupage» proposé et les revenus basés sur les critères d'éligibilité, la règle des 55% et le plafonnement à 75% de la Phase deux de renouvellements semblent être en contradiction avec le **cadre stratégique 2012-2016 du Fonds mondial « Investir pour l'impact »**, et le **nouveau cadre d'investissement pour le VIH de l'ONUSIDA**.⁹

Le cadre stratégique du Fonds mondial souligne le cadre d'investissement et liste les services de prévention auprès des populations les plus affectées en tant qu'indicateur clé. Cependant, si nous regardons rapidement les buts du cadre d'investissement, dans le contexte du NFM, il est évident que dans son itération actuelle, le NFM nécessite plus de travail et de réflexion sur ces questions importantes.

Les objectifs du cadre d'investissement sont:

⁹ UNAIDS Issues Brief 2011 "A New Investment Framework for HIV" – Schwartlander et al.

- **Maximiser les bénéfices de la réponse au VIH.** Il n'est pas stratégique pour le Fonds mondial de punir les pays MENA pour leur succès à maintenir la prévalence du VIH relativement faible, en limitant l'accès au financement qui leur a permis de le réaliser.

- **Soutenir des ressources d'allocation plus rationnelles basées sur le contexte épidémiologique du pays.** Le «groupage» du Fonds mondial et les critères d'éligibilité basés sur les revenus des pays et la prévalence de la maladie, qui ignorent les succès et le contexte, contredisent les propres mantras « investir pour l'impact ».

- **Encourager les pays à définir les priorités et mettre en œuvre des activités programmatiques efficaces.** Les décisions du Fonds mondial auront une action dissuasive dans les pays où l'environnement légal et culturel est un frein pour aborder certaines problématiques liées aux populations vulnérables

- **Augmenter l'efficacité de la prévention VIH, traitement, soin et programmes de soutien.** Si le secteur de la santé est une priorité limitée dans les pays à revenus intermédiaires et si, au sein de leurs secteurs de santé le VIH et la TB ont une faible priorité, les populations entières seront laissées sans attention, soin ou soutien en conséquence. Ces groupes sont exactement ceux qui –en raison de discrimination et stigmatisation– sont déjà exclus de l'accès à la santé et au soin dans bon nombre de pays de la région.

Bref aperçu regional

« La région MENA est parmi les deux premières régions dans le monde où les nouvelles infections VIH et décès liés au Sida continuent d'augmenter »

La région MENA¹⁰ est géographiquement, culturellement, politiquement et économiquement diversifiée. **Sa population est la plus petite de toutes les régions du Fonds mondial**, avec 350 millions d'habitants.

Bien que la prévalence du VIH dans la région MENA demeure faible, l'augmentation de nouvelles infections en 2011 situe la région MENA parmi **les deux régions où la propagation de l'épidémie du VIH est la plus rapide au monde**, avec la région d'Europe centrale et orientale. L'épidémie dans cette région est premièrement concentrée parmi les usagers de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les professionnels du sexe. Des études récentes sur les modes de transmission en Iran, Tunisie et au Maroc¹¹, et une succession de tours d'enquêtes bio-comportementales dans des pays comme l'Égypte, le Maroc et la Tunisie ont soutenu cette hypothèse.¹²

En 2010, 84.000 [57.000-130.000] nouvelles infections VIH et 39.000 **[28.000-53.000] décès liés au SIDA** ont été déclarés dans la région du Moyen orient et Afrique du nord. Les estimations annuelles **des nouvelles infections de VIH**

¹⁰ Région Mena: Afghanistan, Algérie, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Iran, Irak, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, Territoires Palestiniens Occupés, Qatar, Arabie Saoudite, Somalie, Soudan du Nord *, Soudan Sud*, Syrie, Tunisie, Emirats Arabes Unis et Yémen.

¹¹ Le rapport national de surveillance de sentinelle, du Maroc en 2010 – Enquête bio-comportementale intégrée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Maroc, 2010–2011 montre une prévalence de 5,6% pour les HSH (Maroc du Sud) & 17,9% pour PUD (Maroc du nord) / Tunisie: 13% pour HSH (2011, sous presse)

¹² Abu-Raddad L, Akala FA, Semini I, Riedner G, Wilson D, Tawil O, et al. Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology

¹³ Rapport de l'ONUSIDA MENA sur le SIDA 2011 – couverture du Maroc: 30% / couverture de la Tunisie: 10%

et la mortalité liée au SIDA ont presque doublé au cours de la dernière décennie.

Le nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans la région est passé de **330.000 [200.000-480.000] en 2001 à 580.000 [430.000-810.000]** en 2010. En 2009, **500.000 cas de TB** ont été déclarés, et 4300 cas de Tuberculose multi résistantes (MDR) ont été confirmés. Alors que les pays ont augmenté leur disposition et renforcé la thérapie antirétrovirale (ART) de 25% en 2010, la couverture régionale totale reste très faible, avec **seulement 8% des personnes éligibles vivant avec le VIH ayant accès au traitement en 2010.**

Réaliser les objectifs régionaux de l'accès à la thérapie repose principalement sur les pays pour mettre à niveau leur stratégie nationale de traitement, avec des engagements sérieux pour **l'expansion du dépistage et du conseil.** Les projections de l'ONUSIDA pour les cinq prochaines années montrent qu'une augmentation rapide de la couverture du traitement jusqu'à 80% pourrait sauver les vies de plus de 32.000 individus, et prévenir 6% des décès liés au SIDA attendus d'ici 2015. Même si l'accès à la thérapie antirétrovirale n'augmente de son niveau actuel que de 50% des personnes éligibles, 25.000 décès pourraient être évités en 2015¹³.

Le VIH reste une condition de santé hautement stigmatisée dans la région, à plusieurs niveaux : stigmatisation, discrimination, lois punitives empêchant les communautés affectées d'accéder aux services VIH nécessaires pour eux. En 2010 dans les rapports d'évolution des pays de l'UNGASS pour l'ONUSIDA, seuls 4 pays sur les 24 des états MENA

ont déclaré avoir des protections pour une ou plusieurs populations vulnérables ou marginalisées. Contrairement à cela, 11 pays déclarent avoir des lois, réglementations et politiques qui présentent des obstacles à une prévention du VIH efficace, et à un accès aux traitements, soins, et soutien pour les groupes vulnérables ou marginalisés. La criminalisation de l'usage de drogues et des professions du sexe, complique encore davantage les interventions dans de nombreux pays. Les relations sexuelles entre homme- demeurent illégales dans au moins 13 des pays et territoires, dont quatre considérant ce type de relations comme un crime capital. De plus, huit pays de la région ont retenu des lois qui font des infractions de drogues (possession ou deal) des crimes passibles de peine de mort.¹⁴

La tuberculose est la première infection opportuniste liée au VIH dans les pays à faible et moyen revenus, et **l'une des premières causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH sur le plan mondial.** Bien qu'il soit prouvé que la thérapie antirétrovirale réduit considérablement l'incidence de la tuberculose, le pourcentage de patients co-infectés sous traitement est faible dans la plupart des pays de la région. Peu de pays dans la région ont un cadre pour des activités collaboratives VIH/TB. Encore une fois, le défi pour la plupart des pays pour améliorer la couverture de co-traitement pour la tuberculose et le VIH, concerne directement les populations marginalisées qui ont le plus besoin de ces services.

Les mouvements des populations à large

échelle présentent également un défi pour une livraison efficace des services de santé. En raison de sa situation à l'intersection de l'Afrique, l'Asie et l'Europe, et les conflits qui y sévissent, la région est traversée par des routes de commerce et migratoires importantes, augmentant la migration et la mobilité de nombreuses populations, y compris les réfugiés.¹⁵

Les principaux défis pour la mise à niveau des programmes SIDA parmi les populations clés les plus exposées au risque du VIH persistent. La faible couverture est un facteur qui contribue à une connaissance limitée et des comportements à hauts niveaux de risque parmi ces populations. D'autres populations dans la région sont également exposées à un risque exacerbé de VIH et n'ont pas l'accès adéquat à des programmes de prévention efficaces. Il s'agit des prisonniers, des migrants et des populations mobiles telles que les routiers, les marins, les services en uniforme, les travailleurs les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées. L'environnement dans lequel vivent ces populations donne lieu à des comportements fortement associés à l'augmentation du risque de VIH, et pose des barrières à l'accès aux services.

De plus, **la croissance de la population des jeunes entre 15 et 30 ans est rapide dans la région MENA.** Dans plusieurs pays de la région, plus de 20% de la population entre dans cette tranche d'âge. En 2008, la région MENA avait le pourcentage le plus élevé de jeunes à la recherche d'emploi et le pourcentage le plus faible de jeunes dans la vie

14 How Laws and Policies Affect the HIV Response - UNAIDS PCB NGO Delegation Report -2011

15 Making a Difference: Middle East and North Africa. Global Fund Regional Results Report 2011

active, comparé au reste du monde. Les dynamiques sociales que rencontrent les jeunes dans la région créent quelques niveaux accrus de comportements à risques et vraisemblablement une transmission VIH des plus importantes.¹⁶

Si vous demandez aux personnes de la région MENA de donner visage au VIH, c'est invariablement celui d'un homme. Peu importe les quelques exceptions, les hommes comptent pour plus de trois quart des infections déclarées dans la plupart des pays de la région. Mais ceux là ne sont que les cas officiellement déclarés, derrière se cachent des centaines de milliers d'infections non enregistrées. Parmi elles les personnes les plus vulnérables de la région –qui en raison de circonstances personnelles ou contraintes socioculturelles, ne se présentent pas pour le dépistage ou le traitement, conditions qui les laissent ouvertes à l'infection en premier lieu. Cette épidémie cachée a distinctement des caractéristiques de femme : selon les estimations de l'ONUSIDA, les femmes comptent pour plus de 40% des adultes présumées vivant avec le VIH dans la région.

Standing Up Speaking Out. UNAIDS: Women and HIV in MENA 2012

Un ensemble **complexe de facteurs sociaux, économiques et culturels rendent les femmes particulièrement vulnérables au VIH dans la région MENA.**

Les pourcentages de chômage des femmes est au moins le double de ceux des hommes. L'insécurité économique augmente la vulnérabilité des femmes au VIH, l'utilisation du préservatif est rare, à la fois pour les relations conjugales et celles hors mariage et une proportion significative de femmes sont victimes de violence basée sur le genre, à la fois

à la maison et dans l'espace public. La stigmatisation et la discrimination sont encore plus féroces envers les femmes vivant avec le VIH qu'avec les hommes à cause des attentes sociétales à l'égard du comportement féminin et de l'association populaire entre l'infection et les pratiques 'illicites', telles que sexe en dehors du mariage et l'usage de drogues. **Les femmes dans la région MENA sont opprimées par les restrictions-politique, économiques, sociales et culturelles-qui limitent leur champ d'action et indirectement augmentent leur vulnérabilité au VIH sur plusieurs fronts.** La manière dont les bouleversements politiques survenus cette décennie pourraient changer cette réalité n'est pas encore claire¹⁷.

Cependant, **un important développement s'est produit** sur le plan de la volonté politique et concernant la mise à niveau des programmes indiquant une augmentation de la volonté politique dans la région pour contrer l'épidémie du SIDA. La majorité des pays dans la région ont mis en place des stratégies nationales pour lutter contre le SIDA et certains ont lancé des programmes pour les principales populations à haut risque, y compris les professionnelles du sexe, les usagers de drogues et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. **Les organisations de la société civile jouent actuellement un rôle prééminent dans la réponse au VIH,** comparé à peine à quelques années auparavant.¹⁸ L'un des défis que rencontrent les organisations de la société civile dans la mise à niveau des programmes est le besoin d'outils et de formation nécessaires pour travailler

16 Facts of life : YOUTH SEXUALITY AND REPRODUCTIVE HEALTH IN THE MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

BY Farzaneh Roudi-Fahimi Et Shereen el Feki. Population Reference Bureau – 2011 - www.prb.org/Reports/2011/facts-of-life.aspx.

17 Standing Up Speaking Out. UNAIDS: Women and HIV in MENA 2012

18 UNAIDS MENA Report on AIDS 2011

efficacement avec les populations les plus à risque, et le soutien des bailleurs de fonds internationaux. Dans la région MENA, ces associations n'ont pas le personnel et les moyens financiers suffisants pour soutenir leur travail durablement. Elles font également souvent face à une stigmatisation et une discrimination importantes et persistantes au sein des communautés locales, ce qui signifie que leur travail de proximité peut entraîner des risques personnels considérables, ce qui rend le chemin vers la réalisation de la santé positive, de la dignité et la prévention pour toutes les personnes vivant avec le VIH plus long.¹⁹

Vu les lacunes des données sur VIH et le dépistage VIH, particulièrement liées aux populations clés à haut risque, il est fort probable que **l'ampleur de l'épidémie et son impact dans la région continuent à être sous-estimés.** La perception de « faible » prévalence dans la région de l'Afrique du Nord Moyen Orient obscurcit l'urgence de relever les défis de prévenir et d'atténuer l'impact de l'épidémie, notamment parmi les populations à risques, et entrave les réalisations de l'accès universel en déviant l'attention et le soutien des bailleurs de fonds traditionnels.²⁰

Le Fonds mondial dans la région MENA

Il existe une importante divergence au niveau de la santé dans la région ; le Bahreïn et Oman étant considérés comme des pays à revenu élevé alors que 51 millions de personnes sont estimées vivre avec moins de 2\$ par jour dans la région. **Finalement, le financement pour la prévention du VIH**

est une question valable pour toute la région, indépendamment du statut économique d'un pays. Basé sur les données fournies par les pays comme partie de leur rapport global, il est clair que le montant de financement alloué à la prévention est insuffisant, particulièrement parmi les pays qui peuvent se permettre d'augmenter leurs dépenses intérieures sur la prévention du VIH.²¹ Le pourcentage du budget total financé par des ressources publiques intérieures se situe entre 1% (Afghanistan), 60% (pour le Maroc) et 100% (Koweït), alors que la majorité des pays reposent sur l'aide internationale. Pour plusieurs pays, y compris ceux avec une capacité financière pour soutenir l'expansion de la réponse au VIH, le problème semble être l'une des ressources d'allocation, à la fois en termes de volonté des gouvernements à fournir le financement et pour permettre aux experts de la santé publique d'utiliser ces fonds là où ils seraient le plus efficace. Sans un leadership et une volonté politiques nécessaires, des programmes vitaux dans ces pays ne recevront pas le financement suffisant pour avoir un impact important sur la propagation du VIH. **Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme reste la plus large source de financement externe dans la région, représentant jusqu'à 70% du soutien général.**²²

Il existe 50 subventions en cours dans la région: 21 VIH, 18 TB et 11 Paludisme.²³

19 Abu-Raddad L, Akala FA, Semini I, Riedner G, Wilson D, Tawil O, et al. Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology

20 Investing in Universal Access – HIV Prevention, treatment, care and support in MENA. UNAIDS June 2010

21 Abu-Raddad L, Akala FA, Semini I, Riedner G, Wilson D, Tawil O, et al. Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology

22 UNAIDS MENA Report on AIDS 2011

23 MENA – Key Results – The Global Fund. September 2012

	Middle East and North Africa	Latin America and the Caribbean	Eastern Europe and Central Asia
People receiving antiretroviral therapy at the end of 2010	73 0000	96 000	24 000
HIV testing and counseling encounters	1 500 0000	13 000 000	32 000 000
Pregnant women living with HIV who have received ARV prophylaxis for PMTCT	10 0000	19 000	32 000
Basic care and support services provided to orphans and other vulnerable children	40 000	30 000	28 000
Condoms distributed	87 0000	460 000 000	180 000 000
Cases of sexually transmitted infections treated	2 000 000	3 200 000	200 000
New smear-positive TB cases detected and treated	210 000	180 000	280 000
TB/HIV services provided	6 900	32 000	160 000
People treated for multidrug-resistant TB	520	14 000	16 000
Insecticide-treated nets distributed (including long-lasting insecticidal nets)	13,000,000	1 400 000	240 000
Cases of malaria treated	16,000,000	470 000	10 000
Indoor residual spraying services	1,100,000	130 000	620 000
Community outreach prevention services (behavior change communication)	14,000,000	26 000 000	22 000 000
Care and support services provided	75,000	1 000 000	480 000
Person-episodes ² of training for health and community workers	220,000	1 200 000	350 000

RESULTATS CLES AU MOYEN ORIENT ET AFRIQUE DU NORD - 2011²⁴

Le montant total pour le financement approuvé pour la région est: **1.665.128.503 dollars américains** pour les trois maladies. Le montant du financement réparti (ceci représente les paiements actuels effectués par le Fonds mondial pour les bénéficiaires) est de : **1.066.905.437 dollars américains**.

FONDS DECAISSES/ DISBURSED FONDS

	2012	2011	2010	2009	2008
HIV AIDS	33,773,443 US\$	79 014 943 US\$	80 856 298 US\$	70 336 424 US\$	60 510 640 US\$
Malaria	76 838 763 US\$	46 893 180 US\$	66 139 790 US\$	57 843 496 US\$	62 649 231 US\$
Tuberculosis	18 275 922US\$	28194 682 US\$	45 621 591 US\$	35 188 955 US\$	34 000 082 US\$
	2007	2006	2005	2004	2003
HIV AIDS	40 169 099 US\$	45 405 752 US\$	31 387 185 US\$	7 909 813 US\$	2194 299 US\$
Malaria	28 802 446 US\$	20 478 317 US\$	28 130 995 US\$	14 629 163 US\$	878 620 US\$
Tuberculosis	19 436 004 US\$	18 372 853 US\$	7 092 074 US\$	5 881 468 US\$	

RÉPARTITION DES SUBVENTIONS PAR MALADIE ET PAR ANNÉE DEPUIS 2003

24 GFATM Making a Difference - MENA Regional Results Report 2011

Pour la région MENA, un montant total de 578 millions de dollars a été accordé pour le VIH. Ceci représente 6% du portefeuille du Fonds mondial. De ce total, 55% de ces fonds ont été distribués. Les taux de succès de la proposition sont passés de 28% en moyenne à 44% lors du tour 10, avec quatre propositions approuvées sur les huit éligibles (deux propositions liées aux populations les plus à risque sur trois ont été approuvées). Le Tour 10 a approuvé un financement d'un montant total de 117,3 millions de dollars pour la région MENA. Toutes les 42 subventions ont une bonne performance, et aucune d'entre elles n'est considérée comme inacceptable. En résultat, le financement du Fonds mondial a sauvé 204000 vies entre 2002 et 2010, et en 2010- 73000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral.

La région du Moyen orient et d'Afrique du nord occupe la plus petite part du portefeuille du Fonds mondial, avec 5% du financement cumulatif approuvé entre 2002 et 2009. Cette part reflète à la fois la taille de la région et une prévalence relativement faible, mais indique également les défis locaux actuels à relever au niveau de la demande de mobilisation et du renforcement des capacités. Malgré les défis, d'importants résultats ont été réalisés avec ce montant.

Lors de la 6ème Réunion régionale pour le MENA en Jordanie en 2009, Dr. Daniel Low-Beer dans sa présentation sur « le Financement du Fonds mondial et son impact » a déclaré : « au cours de l'année passée, une augmentation remarquable a été enregistrée. Entre 39-

52% personnes accèdent aux services de traitement ARV et DOTS (pour le TB) et reçoivent des moustiquaires traitées à l'insecticide. A la fin de 2008, les interventions du Fonds mondial dans la région ont maintenu 2.000.000 de personnes sous traitement ARV pour VIH/SIDA, 4.600.000 personnes traités sous DOTS pour la TB et 70.000.000 moustiquaires traitées à l'insecticide ont été distribuées pour prévenir le paludisme ». Il conclut en disant : « **le Fonds mondial fournit un modèle pour sauver des vies et réaliser les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM). La prévention du VIH doit être renforcée à large échelle, la concentration doit se faire sur les groupes à risque et l'implication des communautés doit être construite dans le processus.** »²⁵

²⁵ Rapport de la 6ème réunion régionale pour le MENA, Réunion du Fonds mondial Meeting for MENA – 21-23 Avril 2009 Amman – Jordanie

L'investissement du Fonds mondial, crucial dans la région MENA: une fenêtre d'opportunité

Comme illustré par le tableau, le Fonds mondial a fait un investissement significatif dans la région mais il est important de comprendre quelles ont été les conséquences de cet investissement.

STIMULATION D'UNE RÉPONSE GLOBALE À LA MALADIE, IMPLIQUANT UNE VARIÉTÉ D'ACTEURS

Maroc

Depuis l'apparition du premier cas de

SIDA au Maroc (1989), le Programme national de lutte contre le SIDA a été mis en place, suivi quelques années plus tard par la première association de lutte contre le SIDA, l'ALCS. Le CCM a été créé au Maroc en 2002 pour superviser la proposition et superviser l'application de la subvention du 1er Tour du Fonds mondial. Le premier plan stratégique national complet à long terme est le résultat d'un processus de planification stratégique lancé en avril 2000, qui avait mobilisé tous les départements et les acteurs de la société civile, et a constitué une base pour la première proposition du Fonds mondial au Maroc. **Avant l'investissement du Fonds mondial, peu d'attention était accordée aux VIH et TB, et l'investissement national pour le traitement, les soins et la prévention du VIH était une priorité très faible.**²⁶

La première subvention VIH du Fonds

	Maroc	Tunisie
Population	32.4 millions	10.4 millions
Indice de développement humain	Moyen	Moyen
PIB par habitant	2.739 \$	3.876 \$
Nombre de PVVIH	29 000	2400
Niveau de revenu	Revenu faible et moyen	Revenu intermédiaire
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous ART	4047	483
Prévalence des populations les plus affectées	5.2% PS (Sud) 5.6% MSM (Sud) 22.5% IDU (Nord)	0.61%PS 13% HSH 2.4% UDI
Couverture du traitement	30%	10%
Montant des subventions engagées par le Fonds mondial	Tour 1/ Tour 6/ Tour 10= 55.932 millions\$	Tour 6=16.1 millions\$
Part des dépenses VIH des sources domestiques	51.3%	NC

²⁶ Unaid's Country Office, Morocco

mondial alloué au Maroc, au 1er Tour (2002), s'est principalement appliquée à réduire la vulnérabilité au VIH et mobiliser la conscience du public, particulièrement les femmes et les jeunes, pour maintenir une faible prévalence dans le pays (estimée à moins de 0.1%). Une subvention VIH supplémentaire du Fonds mondial au Tour 6 (2006) visait le renforcement et l'expansion des interventions pour les groupes de populations vulnérables. Ces deux subventions, avec le soutien des partenaires tels que le programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), ont aidé à combler les lacunes existantes dans la réponse nationale au VIH-et seront bientôt complétées au Tour 10 par une subvention nouvellement approuvée. La proposition VIH Tour 10 est alignée avec les objectifs de la stratégie nationale pour contrôler le SIDA et permettra au Maroc, d'assurer un accès universel à un ensemble de services pour la prévention du VIH pour les populations les plus à risques et le traitement des personnes vivant avec le VIH. De plus, la couverture des besoins des populations vulnérables en information, services de prévention du VIH et la santé reproductive, vont être significativement élargies.²⁷

Tunisie

En Tunisie, l'engagement politique pour lutter contre le VIH/SIDA a été évident depuis 1987, lorsque le Programme National de Lutte contre le Sida/Maladies Sexuellement Transmissibles, partie du Conseil National de Lutte contre le Sida (1992) a été créé, avec son secrétariat (Directorat des soins de base- DSSB) et

ses comités techniques.²⁸ La Tunisie a tout d'abord développé un plan d'action à court terme réalisé par le Ministère de la santé et ses partenaires. Mais le premier plan stratégique national global est arrivé en 2006, avec la préparation du Tour 6 du Fonds mondial.

La Tunisie a une faible prévalence de 0.1% parmi la population adulte, plus élevée parmi les populations les plus affectées. Selon une enquête séro-comportementale effectuée en 2011, la prévalence est de **13% environ parmi les HSH**.²⁹ Le plan stratégique 2011-2015 inclut des plans pour renforcer les programmes et la coordination de l'intervention parmi les populations les plus affectées, notamment en intégrant la stratégie pour la réduction des risques associés à l'usage de drogues injectables, actuellement en cours de finalisation.

Le programme du Fonds mondial soutenu par la subvention 6 visait à réduire les infections sexuellement transmissibles et la transmission du VIH parmi des groupes avec un comportement à risque élevé ; renforcer la prévention des infections sexuellement transmissibles et VIH, et des mesures préventives pour le SIDA parmi les groupes vulnérables ; améliorer la qualité de la vie des personnes vivant avec le VIH et leurs familles à travers un meilleur accès à des soins adéquats et complets ; et mise en œuvre d'un système de contrôle et d'évaluation lié aux infections sexuellement transmissibles, VIH et SIDA. Le programme visait les personnes vivant avec le VIH et leurs familles ; les jeunes dans et en dehors des écoles ; les populations les plus à

²⁷ Round 10, Morocco proposal

²⁸ Director of CCM Tunisia

²⁹ UNGASS country report, Tunisia. 2011

risques, telles que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les prisonniers, les professionnels du sexe commercial et leurs clients et les usagers de drogues injectables ; les femmes enceintes ; et les groupes fréquemment mobiles.³⁰

L'arrivée du Fonds mondial dans les deux pays a **augmenté l'attention accordée** aux maladies et au VIH en particulier. L'approche multisectorielle du Fonds mondial a été un catalyseur pour réaliser une collaboration importante, et a facilité un engagement politique de haut niveau, l'implication des chefs religieux, ainsi que la représentation de populations vulnérables non reconnues auparavant.

La collaboration et la coordination parmi les différentes organisations et agences a accru une facilitation plus globale de la réponse à la maladie, une amélioration générale dans la transparence et la reddition des comptes s'est produite, et les pays et organisations sont devenus plus conscients et plus impliqués dans la réponse internationale aux trois maladies.³¹

En raison des exigences du Fonds mondial et de la disponibilité de financement supplémentaire, les pays ont été capables de développer et de financer des plans stratégiques nationaux pour lutter contre les maladies, avec l'ambition d'avoir un impact réel et durable.³² Le Fonds mondial a fait la différence, en rassemblant des personnes autour d'une vision et d'idées qui peuvent être opérationnalisées. Les budgets nationaux ont augmenté, mais les ambitions dans le cadre des

plans stratégiques nationaux demeurent dépendantes du financement continu du Fonds mondial³³, qui représente toujours plus de 80% du financement des activités visant les populations les plus affectées.

ACCÈS AU TRAITEMENT

Maroc

Avant le Fonds mondial, au Maroc il y avait une liste d'attente, sur la base de critères d'éligibilité, très stricts, pour avoir accès au traitement ARV. Lorsqu'une personne décède une autre personne peut prendre sa place dans le programme de traitement ARV.³⁴ Les premières versions génériques ARV ont été introduites dans le pays en 2003.

Aujourd'hui, la plupart des ARV utilisés sont des génériques. Des efforts sont fournis régulièrement par le ministère de la santé pour réduire les coûts, en collaboration avec les ONG, qui ont bénéficié d'opportunités internationales favorables pour les réductions des prix, entre autre en raison d'un pouvoir d'achat supplémentaire dérivé des subventions du Fonds mondial, permettant de lancer des négociations avec l'industrie pharmaceutique. Lentement le coût du traitement a baissé, année après année.

Le 30 décembre 2011, le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral au Maroc était de 4047, alors qu'ils étaient seulement de 2647 en 2009. Une augmentation significative dans la couverture du traitement a été enregistrée depuis 2006.

« Avant le soutien du Fonds mondial, les personnes ne voulaient pas se faire tester, car elles avaient peur de ne pas recevoir le traitement. Le Fonds mondial a changé notre vie. Finalement, il y avait de l'espoir »
PVVIH au Maroc

30 Tour 6, proposition de la Tunisie

31 Association de PVVIH, le Jour, Maroc

32 Programme national pour le SIDA, Maroc

33 Programme national pour le SIDA, Maroc

34 Association de PVVIH, Le Jour, Maroc

Le nombre de personnes sous traitement ART a doublé entre 2006 et 2009. Une estimation récemment complétée, basée sur les nouvelles recommandations de l'OMS donne un taux de couverture de 28% pour le traitement en 2010 utilisant comme critère pour initier le traitement un taux de CD4 de moins de 350/mm³.³⁵

Tunisie

Grâce à l'initiative ACCESS et au plaidoyer de la société civile, depuis 2000 la Tunisie a eu un accès pour tous aux Antirétroviraux. Avant cela, il y avait également une liste d'attente et des critères d'éligibilité stricts. Depuis lors, avec la mise à niveau rendue possible grâce au soutien financier du Fonds mondial, les prix ont été réduits de 70% et les directives nationales ont été développées.³⁶

Le Fonds mondial a aidé la Tunisie à prendre les mesures nécessaires pour élargir la liste de médicaments antirétroviraux disponibles, mais aussi pour le développement de directives nationales sur les thérapies antirétrovirales, un contrôle biologique des PVVIH, la création de groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH, et l'établissement d'un soutien psychosocial national pour les PVVIH avec un accès à des activités génératrices de revenu et l'implication des PVVIH dans la riposte nationale à travers la formation de médiateurs de santé qui aident les PVVIH à l'adhérence au traitement.³⁷ La première ligne de traitement ARV est achetée par le budget du Ministère de la santé et ceux de la seconde ligne avec le soutien du

35 Missing the Target North Africa report, to be published, end of 2012

36 Directeur de CCM Tunisie

37 Programme National pour le SIDA, Tunisie

Fonds mondial. Fin 2011, le nombre de patients sous ARV est de 438. Une estimation récemment complétée basée sur les nouvelles recommandations de l'OMS donne un taux de couverture de 10% du traitement en 2011, utilisant en tant que critère pour l'initiation au traitement un taux de CD4 de moins de 350mm³.³⁸ Ce pourcentage bas est dû, entre autres, au fait que la majorité des PVVIH ignorent leur statut sérologique.³⁹

La disponibilité du traitement et l'accès au traitement VIH et SIDA ont été massivement mis à niveau. Mais ce n'est pas la disponibilité du traitement seule qui s'est améliorée. Les systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement ont été développés, mis en place (car étaient inexistantes) et professionnalisés.⁴⁰

Les systèmes communautaires et de santé ont été renforcés, la coordination des services et des réponses s'est améliorée, avec des départements et des agences plus pertinents, locaux, nationaux et internationaux.⁴¹

En raison des exigences du Fonds mondial, les pays ont été capables d'utiliser le levier du pouvoir d'achat, dérivé du financement du Fonds mondial, pour négocier des prix de médicaments moins chers, permettant une mise à niveau plus rapide.

PROGRAMMES AUPRÈS DES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)

L'impact le plus visible et le plus significatif du Fonds mondial dans la région a été auprès des populations les plus affectées

38 Missing the Target North Africa report, to be published, end of 2012

39 Programme National pour le SIDA, Tunisie

40 Subvention du Fonds Mondial pour les Bénéficiaires principaux, Maroc

41 Association de développement, AMSED, Maroc

par l'épidémie.

Tout travail avec les populations les plus affectées a été au début effectué par l'autofinancement des ONG ou le soutien des bailleurs de fonds bilatéraux⁴², que ce soit en Tunisie ou au Maroc⁴³, avec comme conséquence de fréquentes interruptions du programme, qui souvent opérait uniquement dans une ou deux villes.

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) n'étaient pas reconnus comme un groupe identifié et malgré la disponibilité de préservatifs, l'accès aux lubrifiants était inexistant. Une seule ONG au Maroc, l'ALCS, travaillait avec les HSH et opérait avec des fonds auto-collectés et limités.⁴⁴ Pour les professionnels du sexe (PS) l'image était similaire de façon consternante et uniquement au Maroc des services pour les Professionnels du Sexe sont devenus disponibles dans une seule ville, suite à un financement de Médecins sans frontières.⁴⁵

Les programmes de prévention étaient limités pour sensibiliser et favoriser le dialogue sur le VIH et le SIDA et effectuer une distribution de préservatifs, visant la population générale.⁴⁶

Les populations les plus affectées étaient fondamentalement invisibles pour les gouvernements et les populations générales. Leur santé, leurs questions sociales et leurs droits n'étaient pas pris en considération. L'aspiration d'être représenté lors de réunions et de discussions de prise de décision impactant directement leurs vies, était inexistante.⁴⁷

42 International HIV AIDS Alliance in Tunisia, UNAIDS for Morocco

43 Responsable de l'ONUSIDA pays - Maroc

44 Coordinateur du programme national HSH, ALCS, Maroc

45 Coordinateur du programme national pour les Femmes professionnelles du Sexe ALCS, Maroc

46 Association de planning familial, AMPF, Maroc

47 Focus groupe HSH, Maroc

Avec le soutien du Fonds mondial, des programmes de prévention jusqu'à là inexistants ont été lancés, et des programmes existants mis à niveau pour inclure la population générale aussi à travers le système d'éducation et un intérêt pour les populations vulnérables. Le Fonds Mondial a aussi joué un rôle important pour encourager les organisations des droits de la santé sexuelle et reproductive (SRHR) de prioriser le VIH et le SIDA dans leur plan stratégiques.⁴⁸

Les programmes visant les populations les plus affectées, comme les HSH, sont de plus en plus reconnus en tant que groupe identifié et cela fait une différence considérable à la fois pour l'accès aux services essentiels, et le respect de soi. Mais légalement, pour beaucoup, l'environnement reste précaire.⁴⁹

En Tunisie, le ministère de la santé, avec le soutien de l'ONUSIDA et les ONG a entrepris des recherches sur les populations des professionnels du sexe, et des HSH, grâce au soutien du Fonds mondial, quelque chose d'impensable auparavant. Ceci a permis de générer des données critiques pour le plaidoyer et pour comprendre la prévalence du VIH parmi les HSH, qui atteint 13% dans la dernière enquête bio-comportementale de 2011.⁵⁰ Ce travail facilite la compréhension de ce qui doit être fait et est vital pour la mise à niveau des programmes.⁵¹ Les questions HSH sont à

“Les lubrifiants étaient complètement inexistants dans le pays. Maintenant ils sont disponibles pour les HSH. Non seulement nous pouvons l'acheter, mais nous étions à l'origine de la création d'un code spécifique d'importation à l'administration des douanes »,
Directeur ATL, Tunisie.

48 Association de développement, AMSSED, Maroc

49 Focus groupe HSH, Tunisie

50 Ungass report, Tunisia – 2010-2011

51 Directeur d'ONG pour le Sida, ATL, Tunisie

présent incluses de façon routinière dans les plans stratégiques nationaux.

LES PROGRAMMES POUR LES PROFESSIONNELS DU SEXE (PS)

Les programmes pour les Professionnels du Sexe (PS) ont également connu une impressionnante mise à niveau à travers le financement du Fonds mondial. En Tunisie, les programmes de l'ONG ATL fournissent actuellement des services à 2300 femmes dans deux villes, les deux financés à 100% par les subventions du Fonds mondial.⁵² Au Maroc, l'ALCS fournit des services dans 25 villes pour les PS, y compris sur des questions juridiques, la prévention de la violence, les enfants abandonnés, et ce en collaboration avec la police.⁵³ Aucune de ces activités ne pourrait exister à un tel niveau sans le financement du Fonds mondial.

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH)

Pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), il y a eu une nette amélioration. Les personnes ont aujourd'hui renouvelé leur espoir, ce qui a un impact positif sur la qualité de leur vie et le nombre de personnes sous traitement ARV a augmenté de façon progressive dans la région. La disponibilité du traitement a été un catalyseur pour augmenter le nombre de dépistages, ce qui a amélioré à son tour la surveillance et permis une planification plus précise des services et de la budgétisation nationale.

Au Maroc, les journées de dépistage national et le test volontaire sont financées par les subventions du Fonds mondial, et

52 Directeur d'ONG pour le Sida, ATL, Tunisie

53 National Coordinator NGO Sex Work Programmes, Programmes ALCS, Morocco

plus de 44 centres de dépistage et de conseil gérés par les ONG au Maroc, et 19 en Tunisie, ont réalisé respectivement 55 451 et 8000 tests en 2011.⁵⁴

Le financement du Fonds mondial a permis de créer plus de réseaux de soutien davantage professionnels et pertinents, une composante essentielle pour vivre efficacement avec le VIH/SIDA. Et la plupart des associations de PVVIH dans la région ont été créées, grâce aux encouragements du Fonds mondial.⁵⁵

Les PVVIH ont une représentation plus visible dans le CCM, augmentant ainsi leur capacité à contribuer à des prises de décisions affectant leurs vies.⁵⁶

Il y a actuellement 4 organisations de PVVIH au Maroc où il n'y en avait aucune avant le financement du Fonds mondial. En Tunisie, la révolution a rendu possible l'enregistrement en 2011 de la première association de PVVIH.⁵⁷

LES USAGERS DE DROGUES

Pour les usagers de drogues, le Fonds a favorisé l'arrivée des programmes de réduction des risques et des thérapies de substitution ont été intégrées

"En tant qu'usager de drogue, le Fonds mondial, nous a aide à retrouver notre dignité humaine...c'est beaucoup "

-IDU Tunisie.

aux plans stratégiques nationaux. Au Maroc, il y a une stratégie spécifique pour la réduction des risques dans le plan stratégique national et en Tunisie, le travail est en cours de progrès où l'approbation de SRR est attendue.⁵⁸ La thérapie de substitution a été introduite

54 MTT North Africa, sous presse, 2012

55 Association le Jour, Maroc/ Association Rahma, Tunisie

56 Association de PVVIH, le Jour, Maroc

57 Group de soutien de PVVIH, Tunisie

58 Bureau de l'ONUSIDA, Tunisie

en 2010 au Maroc, et il est l'unique programme, en dehors de l'Iran et du Liban, dans la région à offrir cette thérapie.

En Tunisie, les seuls programmes de réduction des risques et d'échange de seringues sont financés par les subventions du Fonds mondial.⁵⁹ Avant, quelques ONG travaillaient sur ces centres de désintoxication, mais la stratégie de réduction des risques est arrivée avec le Fonds mondial.⁶⁰

UNE PLATEFORME CRITIQUE, LE MÉCANISME DE COORDINATION DES INSTANCES NATIONALES (CCM)

Ce n'est pas uniquement le financement du Fonds mondial qui a été et continu d'être important dans la région. Les structures et les exigences du Fonds mondial ont été un catalyseur pour le travail multisectoriel et collaboratif ; les mécanismes des instances de coordination nationales sont des plateformes importantes et influentes qui permettent la coordination, la transparence, la représentation de groupes identifiés spécifiques, assure la reddition des comptes dont les bénéficiaires vont au-delà du travail lié au Fonds mondial. Les ministères sont devenus un acteur comme un autre, et la société civile a pu présider les instances de coordinations nationales, qui ont changé les rapports de pouvoir.⁶¹ L'implication des communautés dans les processus a entraîné une augmentation de la portée de l'action dans les villages ruraux et semi isolés, l'établissement des relations de confiance et la

contribution à augmenté la capacité de ces communautés à développer leurs propres réponses locales. Ceci a permis une intégration dans la réponse mondiale, et de sensibiliser sur ce qui se passe sur le plan international ainsi que sur le plan national. Ceci a renforcé les systèmes de santé et des communautés et a aidé les pays à développer des normes et des standards dans les diagnostics, le traitement, la surveillance, la formation, le suivi et l'évaluation. Le CCM a également permis une expansion concertée des programmes au niveau des pays plutôt que de les limiter à des petits projets basés sur peu de villes.

L'émergence du Fonds mondial a fourni à la fois des moyens et des mesures incitatives pour produire des changements significatifs et importants. Bien que la situation soit loin d'être parfaite, les changements facilités par la disponibilité du financement du Fonds mondial ont été importants et pour beaucoup d'individus, la vie a changé.

Les relations entre les groupes des populations clés et les différents ministères se sont améliorées et les attitudes du gouvernement sont devenues moins problématiques en général, même si clairement cela reste un processus continu, étant donné le nombre de pays MENA encore transition politique.

Par ailleurs une rupture significative s'est produite avec la levée progressive des

"Les pays ne peuvent réussir s'ils sont abandonnés maintenant, étant donné qu'ils n'ont jamais vraiment soutenu la société civile. Investir dans ces pays est très efficace en termes de coût. Si nous ne le faisons pas maintenant, nous allons devoir gérer une crise plus tard."

Président du CCM, Tunisie

59 Focus groupe UDI, Tunis

60 Président du CCM, Tunisie

61 Président du CCM, Tunisie & Maroc

barrières pour travailler avec les groupes marginalisés et vulnérables, y compris HSH, UDI, PS et les leaders religieux, qui ont commencé à s'engager dans un dialogue autour de questions sensibles et difficiles.

La visibilité et la représentation des PVVIH lors des réunions et forums importants et la création d'organisations de personnes vivant avec le VIH et le SIDA a permis aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA d'exprimer leurs besoins et de contribuer de façon positive aux décisions affectant leur avenir.

Les activités de prévention ont été mises à niveau et leur ciblage s'est nettement amélioré, ce qui a conduit à des changements dans la perception du VIH et du SIDA et autres questions sur plusieurs niveaux.

L'espoir renaît pour des personnes qui l'avaient perdu, augmentant leur respect d'eux-mêmes et leur capacité à gérer la crise.

Cela a pris 10 ans pour que le soutien du Fonds mondial réalise tout cela et maintenant il est temps de construire sur ce qui a été réalisé pour s'assurer que les gains acquis soient pérennisés.

Le nouveau modèle de financement (NFM), les groupes de ciblage de pays proposés et les critères d'éligibilité fragilisent le succès réalisé dans la région, où il est encore très difficile de traiter beaucoup des questions discutées pour une variété de raisons politiques et culturelles.

Éléments clés du NFM et ses conséquences potentielles pour la région MENA

Les questions à propos du NFM restent légitimes, malgré l'accord de principe du Conseil d'Administration du Fonds mondial.⁶²

Le NFM paraît contredire les principes du Document cadre du Fonds mondial et les principes fondateurs. Il ne semble pas être en conformité avec le cadre d'investissement stratégique, en effet le focus proposé « besoin, capacité à payer » est trop simpliste pour répondre stratégiquement aux besoins de la région.

Ce papier ne se concentrera pas sur une décision qui est déjà prise mais sur l'opérationnalisation et le détail de la mise en œuvre pour essayer d'atténuer l'impact des dommages que le NFM aura sur la région MENA, et les populations les plus vulnérables en particulier.

ETABLISSEMENT DE GROUPES DE PAYS

Le papier du Comité de la stratégie, de l'investissement et l'impact (SIIC)⁶³ souligne quatre différentes approches pour diviser les groupes de pays et aucune dans leur itération actuelle ne reconnaît adéquatement le succès réalisé dans la région MENA et nécessite un remodelage important.

L'indicateur économique - se basant uniquement sur le RNB par habitant et la

⁶² GF/B27/DP7

⁶³ SIIC Paper – 5th Strategy Investment and Impact Committee
Version: 22/10/2012

classification des revenus de la Banque Mondiale, est et a toujours été un indicateur irréaliste. Le revenu à lui seul donne une image faussée des réalités de la distribution des richesses dans un pays donné et n'est pas représentatif du niveau de richesse de la majorité de la population d'un pays.

L'indicateur de prévalence- ne tiendrait pas compte du succès à maintenir une faible prévalence et représentera, s'il est utilisé, une perte importante des précédents investissements du Fonds Mondial qui ont été instrumentaux dans le maintien de faibles niveaux de prévalence.⁶⁴

L'indicateur hybride économique/prévalence de la maladie est une combinaison de deux autres approches. Il synthétise la faiblesse des deux premiers indicateurs et fournit un faible bénéfice ou des projections imprécises.

Indicateur économique et transition- fait plusieurs suppositions concernant la « graduation » du soutien du Fonds Mondial et la continuité d'une réponse efficace à la maladie.

Si la proposition hybride (alternative 3) du papier de discussion du SIIC est retenue, même si les pays seront groupés dans des groupes, il n'en est pas moins que des préoccupations importantes demeurent concernant : l'application de cette méthodologie au portefeuille actuel d'investissement qui résultera potentiellement en 60 pays regroupés dans la fenêtre ciblée pour un financement -19 d'Amérique Latine&Caraiibes (ALC), 15 de l'Europe de l'Est & Asie Centrale (EEAC), 12 d'Asie de l'Est & Pacifique (AEP), 3 d'Asie du Sud, 8 d'Afrique du

64 CCM Chair, Tunisia

Nord & Moyen Orient, et 3 d'Afrique Subsaharienne. Dans les trois autres groupes, il y aura uniquement six pays de ALC et EEAC. Ce qui soulève des questions légitimes à propos de la menace des pays poussés en dehors du portefeuille du Fonds mondial, diminuant l'engagement du Fonds Mondial à demeurer réactifs aux besoins globaux.

Les préoccupations de la région MENA sont:

Sans une formule plus nuancée pour décider quel pays se trouve dans quel groupe, beaucoup de pays de la région MENA seront en réalité punis de leur succès à maintenir une prévalence de la maladie relativement faible ce qui ne sera pas sans conséquences, à la fois pour les pays en général et pour les populations les plus vulnérables en particulier.

L'approche actuelle, concentrée sur les indicateurs économiques, la prévalence de la maladie ou un hybride des deux, ne fournit pas une image précise d'un pays et diminue la capacité à prendre une décision de financement stratégique. Par exemple, des indicateurs tels que le niveau d'alphabétisation, le nombre de personnes vivant dans un même ménage, l'accès à l'eau potable ou le réseau électrique dans les zones rurales, le nombre de personnes à salaires minimum, la taille de l'économie informelle, le nombre d'enfants travailleurs, la mortalité infantile, le nombre de jeunes et le nombre de jeunes chômeurs, le pourcentage de personne ayant une assurance santé, l'environnement légal des populations les plus affectées, sont tous autant d'indicateurs importants pour

avoir une meilleure compréhension des pays de la région.⁶⁵

Ces indicateurs doivent être pris en compte parce qu'ils ont un impact important sur la capacité d'un pays à prioriser la santé en général, les trois maladies en particulier et sont des indicateurs cachés qui affectent la capacité d'un pays à financer la réponse aux 3 maladies.

Le secrétariat du Fonds Mondial ne recommande pas la volonté de payer comme une variable quantifiable, néanmoins la volonté de payer est de loin plus importante que la capacité à payer. La capacité de payer jugée sur le RNB fournit une image faussée de la réalité et ne creuse pas suffisamment en profondeur pour faire ce type d'évaluation. Par exemple, un pays comme le Maroc ne dispose pas de beaucoup de devises ce qui rend l'achat de médicaments à l'étranger difficile et accentue les ruptures de stock.⁶⁶ En Tunisie l'ancien régime, avant les changements politiques récents, falsifiait le RNB présentant ainsi au monde une image plus positive et plus riche du pays, bien loin de la réalité des choses.⁶⁷ De plus, il n'y a pas beaucoup de bailleurs de fonds qui investissent ou qui soutiennent la région MENA, et ce qui n'est pas prêt de changer dans un futur proche.⁶⁸

La volonté de payer est difficile à évaluer mais peu importe la formule que le secrétariat pourrait développer, ce sera très certainement un processus basé sur la probabilité. Par exemple, analyser l'histoire de l'investissement d'un pays pour les trois maladies (ou une seule)

65 CCM Chair, Tunisia & ALCS (Maroc)

66 Programme NAP, Maroc

67 Chair ATL NGO, Tunis

68 Bureau pays régional de l'ONUSIDA Unaid

dans le budget national, réviser la stratégie de santé nationale pour définir où la réponse à la maladie se place en termes de priorité, analyser l'histoire de soutien et des lacunes pour les ONG et les populations les plus affectées et autres groupes vulnérables, sont tous des éléments qui permettraient de créer une matrice de laquelle une décision basée sur la probabilité pourrait être extrapolée. Ceci ne sera pas moins imprécis que d'utiliser la prévalence de la maladie et la capacité à payer et renforcera ces deux en termes d'image plus précise. Bien sûr ce n'est là qu'un exemple de la manière dont on pourrait calculer la volonté de payer.

La volonté de payer DOIT être intégrée malgré le degré de difficulté. Utilisant une matrice de probabilité, bien que ce ne soit pas une solution parfaite, traitera la question durant la période intérimaire jusqu'à ce qu'une solution acceptable et permanente soit conçue.

Le Fonds mondial a été un levier important et influent pour encourager l'investissement intérieur pour lutter contre les trois maladies. Mais si l'investissement du Fonds mondial est discontinu ou sévèrement réduit, comme ce sera le cas pour les pays dans le groupe le moins prioritaire, où seront les mesures incitatives pour une mise à niveau de l'investissement intérieur face à autant d'autres priorités ?

Les pays à faible revenu et revenu intermédiaire sont les plus susceptibles d'être placés dans le groupe le plus bas et se qualifieront uniquement pour le groupe ciblé. Un tel profil mathématique

d'un pays verra une érosion de plusieurs gains acquis sur la dernière décennie, certains sont évidents et d'autres moins. C'est le cas parce qu'une évaluation si étroite d'un pays ne prend pas en compte d'autres questions importantes et pertinentes particulières à la région MENA.

C'est le financement du Fonds mondial qui a fait de l'implication de la société civile et des populations clés dans le processus une réalité et a, jusqu'à un certain point égalisé la dynamique de pouvoir d'un pays en relation avec la réponse à la maladie.⁶⁹ Ceci a conduit à une programmation plus efficace. Si cette dynamique change parce que le nombre d'ONG/OC se réduit en raison d'un manque de financement (de la part du Fonds mondial) et si ceux qui restent sont dépendants du financement du gouvernement, un plaidoyer et une implication efficaces de la société civile seront également sévèrement réduits,⁷⁰ ce qui en retour sapera une programmation efficace, notamment dans des domaines hautement sensibles dans la région. Par conséquent, le modèle peut potentiellement opérer contre le principe d'implication des personnes vivant avec le Sida (GIPA). En Tunisie, il est estimé que 80% des ONG seront fermées si le Fonds mondial ne soutient plus le pays.⁷¹

Les applications régionales/multi-pays et hors CCM doivent être rendues possibles à l'intérieur de chaque groupe de pays, notamment lorsque les gouvernements sont réticents à payer pour des programmes ciblant les populations les plus affectées, mal desservies dans le cadre des plans stratégiques nationaux dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

69 Directeur ONG ATL, Tunis

70 Directeur d'une Association de Développement, AMSED, Maroc

71 CCM Chair, Tunisie

Beaucoup de pays dans la région connaissent une transition dans le cadre de systèmes politiques de gouvernance, avec l'islamisation d'un nombre important de partis au pouvoir. Ceci soulève des inquiétudes concernant l'avenir des services fournis aux populations vulnérables. Sans le financement du Fonds mondial, qui en plus d'un financement ciblé de groupes spécifiques identifiés, soutient la vision d'un environnement plus large y compris les services juridiques et la défense des droits humains (un pilier clé dans la stratégie du Fonds mondial), la menace de voir la situation se dégrader et revenir aux temps de l'ère pré Fonds mondial pèse,⁷² ce qui n'est sûrement pas ce que tente de réaliser le nouveau modèle de financement.

Par conséquent, nous exhortons le comité du SIIC et le Conseil du Fonds mondial d'adopter une approche plus nuancée et précise des critères pour décider à quel groupe appartiendra un pays.

Le processus de décision de groupes de pays est inadéquat et les critères doivent être modifiés et nuancés pour fournir des profils pays plus précis.

LES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE "GROUPE CIBLÉ"

En principe, nous soutenons le concept de groupe ciblé pour les populations les plus affectées mais à moins que sa portée n'augmente, nous nous interrogeons sur l'efficacité de son fonctionnement dans la région MENA? Pour le moment, il est prévu qu'entre 5% et 10% des ressources du Fonds mondial disponibles à la subvention soient répartis entre

72 Focus group HSH, Maroc

les groupes visés en leur fournissant un financement disponible, celui-ci dépendant du succès du processus de reconstitution.

Le groupe ciblé est la seule chose qui restera pour beaucoup de pays de la région MENA si les critères de groupage n'adoptent pas une approche plus nuancée. Ceci aura des conséquences désastreuses sur les populations les plus affectées⁷³ en raison des restrictions et des limitations qui sont inhérentes au modèle actuel.

Ce qui sera financé à travers un groupe ciblé reste peu clair et c'est justement là que repose le problème potentiel. Pour que le groupe ciblé soit efficace, il sera nécessaire d'élargir la portée car cela fait sens d'offrir un financement pour les populations les plus affectées à moins que le financement soit aussi offert pour traiter d'autres questions qui sont plus en relation avec l'environnement social et politique des populations les plus affectées. Dans la région MENA, de tels groupes n'existent pas en tant que communautés séparées : beaucoup de jeunes hommes peuvent avoir des relations avec d'autres hommes en raison de la séparation entre filles et garçons dans les coutumes. Beaucoup de femmes (et d'hommes) dans le besoin peuvent vendre du sexe occasionnellement parce qu'elles (ils) ont besoin d'argent sans être vraiment identifié(e)s comme faisant partie de la communauté des populations les plus affectées.

Comprendre cela est particulièrement important dans les Région MENA, même si cela peut être valable pour d'autres régions.

Le groupe ciblé DOIT être élargi au niveau de la portée et de la ressource à 10% minimum et assurer que des facteurs déterminants et des financements CSS sont maintenus et disponibles pour les pays à revenu faible et moyen et les pays à revenu intermédiaire.

De plus, le fait que les facteurs environnementaux déterminants ne seront pas financés constitue une autre source d'inquiétude. Ce qui signifie que des domaines tels que la réduction de la stigmatisation, la parité entre les sexes, la mobilisation de la communauté et d'autres domaines plus larges tels que la santé, les systèmes communautaires, la protection sociale, et la violence faite aux femmes recevront difficilement un soutien financier. Au cours de l'année 2012, la politique et la stratégie de plaidoyer pour le SIDA (ASAP) a travaillé avec le secrétariat du Fonds mondial et l'ONUFemmes pour réviser neuf programmes VIH financés par les tours 8&9 du Fonds mondial afin de déterminer à quel point les programmes sensibles aux questions du genre ont été soutenus. En septembre 2012, une étude de cas a été menée en Zambie. En général, l'étude montre une faible mise en œuvre des activités de mise à niveau des réponses au VIH pour répondre aux besoins des femmes et des filles d'une manière qui transformera les réponses locales au VIH et améliorera les vies des femmes, de leurs familles et de leurs communautés. Ceci en dépit de la direction claire mise en place par la stratégie de l'égalité genre (GES) du Fonds mondial et soutenue par des notes d'orientation claires adressées par le secrétariat aux pays.⁷⁴

73 La définition du Fonds mondial de populations les plus à risque est: sous populations avec un contexte épidémiologique reconnu et défini :

Qui sont exposés à un niveau de risque, mortalité et/ou morbidité plus élevé

Dont l'accès aux services pertinents est significativement plus faible que le reste de la population

Qui sont culturellement et/ou politiquement privés de leurs droits et rencontrent par conséquent des barrières pour accéder à ses services. Annexe 1 des documents SIIC ; evolving the Funding Model (Partie Trois)

74 Citations directe: Annexe 2 de l'analyse de la mise en oeuvre de la stratégie d'égalité genre du Fonds mondial, Tour 8 et 9 Programmes VIH – R. Gorna Director ASAP (AIDS Strategy, Advocacy and Policy Ltd) 10 octobre 2012

Idem pour les stratégies d'orientation sexuelle & identités genre et droits humains du Fonds mondial (SOGI). Le point de décision actuellement au Conseil mentionne que les termes de dollar absolu seront utilisés pour répartir les ressources de financement indicatif et incitatif, et le Comité de Finance et de Performance opérationnelle recommandera au Conseil à sa 29^{ème} réunion ce que devra être ce montant de dollar. Ces résultats indirects dans la création d'enveloppes, tout comme allouer un montant absolu de dollar (comme proposé dans des recommandations précédentes d'utiliser une gamme de pourcentages) sera une allocation disproportionnellement élevée pour le financement indicatif. Ceci peut se traduire en pratique par le fait de ne pas prioriser les interventions basées sur le renforcement des systèmes communautaires (RSC), la stratégie de l'orientation sexuelle et l'identité genre (SOGI), et la stratégie sur l'égalité genre. De plus, les interventions fournissant les produits et les services qui sauvent les vies (réduction des risques par exemple) ne seront pas priorités par certains pays.⁷⁵

Il y a très peu de clarté quant à la manière dont les stratégies SOGI, GES et droits humains seront opérationnelles dans le cadre du NFM et ceci nécessite d'être traité avant la décision finale du Conseil.

Comment les stratégies SOGI, GES, et droits humains seront opérationnelles dans le cadre du NFM est une question qui DOIT être explicite dans le point de décision SIIC.

75 ICASO Issues Briefing Number 3 – Novembre 2012

Comment les stratégies SOGI, GES, et droits humains seront opérationnelles dans le cadre du NFM est une question qui DOIT être explicite dans le point de décision SIIC.

Cependant, il semble que beaucoup de ces questions seront proposées à la discussion et la négociation durant le processus de dialogue itératif qui sera traité plus tard dans ce papier. Mais le soutien du renforcement des systèmes communautaires et de la santé (RSCS) pourrait être disponible, soit comme question transversale dans les pools généraux, ou dans les pools spécifiques aux maladies. Mais comment cela peut-il s'appliquer aux pays à revenus faibles et moyen et les pays à revenu intermédiaire qui ne sont pas qualifiés pour le pool général, ceci est une question qui reste non clarifiée.

Pour la région MENA, la question du financement concernant la réduction de la stigmatisation, les programmes anti-discrimination, la violence faite aux femmes et le travail sur la parité, est une question primordiale. Car même si un progrès considérable a été effectué, les gains réalisés sont fragiles et peuvent être sapés facilement vu la transition de plusieurs pays vers de nouvelles formes de gouvernance. Sans aucun nouveau bailleur de fonds dans la région, ce travail ne sera certainement pas financé par les budgets nationaux.⁷⁶

De plus, il semble que les critères de financement du groupe ciblé imposés dans leur forme actuelle, sont en contradiction avec l'objectif stratégique 4. Promouvoir et protéger les droits humains du cadre de la stratégie du Fonds mondial 2012-

76 NAP, Tunisie

2016 et 1.3 Maximiser l'impact des investissements du Fonds mondial sur le renforcement des systèmes de santé de l'objectif stratégique 1. Investir plus stratégiquement.⁷⁷ L'inquiétude : alors que le renforcement du système de santé pourrait être financé par le pool général, les systèmes communautaires ne le seront pas, alors qu'ils sont les systèmes même qui non seulement soutiennent le système de santé mais qui, fournissent la majorité du soutien aux populations les plus affectées.

La construction des systèmes de santé et communautaires prend du temps et sans l'investissement dans les systèmes communautaires du MENA, comment sera-t-il possible de construire une masse critique de la société civile et identifier les organisations spécifiques pour améliorer et développer une réponse durable à la maladie afin de préparer la transition en dehors du soutien financier du Fonds mondial ?

Nous insistons sur le fait que les critères du groupe ciblé doivent être nuancés pour refléter les besoins spécifiques de chaque région.

Le processus de développement des critères pour le groupe ciblé DOIT inclure la société civile et les représentants des populations vulnérables de la région MENA, en particulier sur la question des critères qualitatifs. Le montant du financement alloué au groupe ciblé DOIT être de 10% minimum.

PERFORMANCE, AMBITION ET FINANCEMENT INCITATIF

Il est nécessaire de donner une définition exacte d'une bonne performance ? La question de comment la performance

⁷⁷ Cadre de la stratégie du Fonds mondial – "Investing for Impact" 2012 - 2016

est évaluée se pose car l'accès au flux incitatif et le processus de dialogue itératif incluront la priorité donnée à des « programmes performants » (GF/B27/DP7 4.ii Annexe 1). Il s'agit de savoir quels seront les critères utilisés pour effectuer cette évaluation ? Seront-ils le type d'information actuellement utilisée pour évaluer si une subvention est « performante » et qui ne nous pose pas de problème ? Ou, avec l'introduction du NFM, avons-nous besoin d'adopter une définition plus large de ce qui constitue une bonne performance dans le contexte d'un environnement politique, juridique et social ainsi que des preuves plus statistiques, pour assurer que le modèle de financement changé ne porte pas préjudice aux pays qui en vue de leur statut dans ces domaines, ont également effectué une bonne « performance » ?

Comme décrit plus haut, beaucoup de pays dans la Région MENA ont enregistré des progrès remarquables, avec l'intervention du Fonds mondial, de différentes manières qui ne sont pas considérées pendant l'évaluation de la performance. Il est très important à la fois pour le Fonds mondial, en prenant des décisions de financement stratégique et pour la région MENA que ce progrès soit intégré dans l'évaluation de la performance.

Considérer redéfinir les paramètres d'une bonne performance pour mieux refléter les bénéfices perçus de la subvention du Fonds mondial, qui va au-delà des critères d'évaluation existants.

AMBITION ET FINANCEMENT INCITATIF

Une autre préoccupation concernant le NFM réside dans le potentiel à modérer l'ambition. Bien qu'il soit entendu que chaque pays ne peut pas obtenir tout ce qu'il demande et qu'une rationalisation est nécessaire. Le NFM, et son plafonnement inhérent à l'accès au financement pour certains pays à revenus faible et moyen et les pays à revenu intermédiaire, aura un effet néfaste sur le progrès de la réponse à la maladie. L'effet net du groupage et le plafonnement qui vient avec, sera d'anesthésier plutôt que de stimuler les ambitions de réaliser un accès universel, la discrimination zéro ou l'élimination de la tuberculose.

Le financement incitatif est conçu pour inciter les pays, avec des programmes plus performants (voir la discussion plus haut sur la redéfinition de la performance) à soumettre une requête ambitieuse et robuste basée sur un plan de stratégie nationale, ou à travers l'articulation d'un plan d'activités solide, ou un cas d'investissement. Les principes pour accorder un financement incitatif et gérer une demande de qualité non fondée inclut : l'ambition, le focus stratégique, l'alignement, la durabilité, la simplicité, la proportionnalité, et le co-investissement ou volonté de payer (le dernier doit encore être approuvé).

La suggestion est que le financement dans ce flux soit substantiel, même si cela est plus de l'ordre d'une aspiration que quelque chose de définitif. Le montant du financement alloué pour le flux incitatif sera déterminé par les

fonds disponibles après l'allocation au pool général/indicatif. Des ressources supplémentaires survenues à travers le processus de reconstruction pourraient être réparties sur le financement incitatif, mais il n'est pas rendu explicite que cela sera le cas. Cependant, ceci est crucial si nous voulons que les pays soient ambitieux en décidant leurs besoins pour faire fond sur leurs réalisations. A moins que cela soit substantiel, comme il a été discuté, l'ambition se réduira pour se conformer à la taille du pool.

L'allocation pour le financement incitatif DOIT être substantielle pour assurer que les pays maintiennent leur enthousiasme pour développer des réponses à la maladie et des propositions ambitieuses.

Il ne s'agit pas simplement du montant du financement disponible, c'est tangible mais non moins important. Si les pays sont informés qu'ils sont uniquement éligibles pour un soutien financier très limité, leur ambition sera réduite pour se conformer à la taille de ce soutien. Des domaines qui sont sensibles et complexes pour traiter les questions dans la Région MENA ne seront plus considérés et les gains précédemment réalisés seront perdus.

L'ambition et l'innovation, observées lors des propositions du 10ème tour marocain avec un focus clair sur les populations les plus affectées, l'environnement favorable, et les CSS seront annulées.⁷⁸ L'imagination, l'aspiration et l'enthousiasme qui ont émergé d'une décennie de progrès permanent dans autant de domaines difficiles finiront par se retirer dans une coquille de conservatisme.

⁷⁸ Directeur de l'ONG ALCS, Maroc

PROCESSUS DE DIALOGUE ITÉRATIF

Durant la phase de Transition (vers le NFM) le secrétariat invitera un petit groupe de pays à soumettre une note conceptuelle en compétition pour un financement incitatif dans la transition vers le nouveau modèle de financement basé sur un nombre de facteurs, y compris :

- I. Existence d'une stratégie nationale pour la maladie ou de Santé ou équivalent, indépendamment validée pour servir de base à la note conceptuelle ;
- II. Capacité (y compris mécanisme de coordination pays (CCM), principal (aux) bénéficiaire(s) et partenaires) pour développer rapidement une note conceptuelle basée sur les plans déjà existants engagés avec le secrétariat dans le processus itératif ;
- III. Engagement et recommandation par les équipes de pays pertinentes au sein du secrétariat du Fonds mondial ;
- IV. Histoire ou potentiel clair pour, un impact rapide et significatif ; préférence que le financement de flux incitatif soit destiné aux pays qui ont un potentiel pour affecter significativement la trajectoire globale des maladies ou affecter la réalisation des objectifs de développement du millénaire.⁷⁹

Le concept du NFM semble s'orienter inexorablement vers une hiérarchie plus centrée sur le gouvernement que sur le renforcement de l'approche d'une représentation large (y compris ONG, société civile et représentants des populations les plus affectées) comme il est articulé dans le document cadre du

79 Evolving The Funding Model – Draft DP – SIIC – 22/10/2012

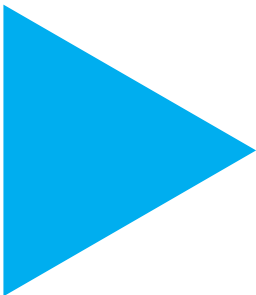
Fonds mondial.

Comment le Fonds mondial assurera-t-il que les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et autres populations vulnérables et groupes identifiés soient efficacement engagés dans le dialogue itératif (sur la note conceptuelle) avec le secrétariat et le CCM ?

Il devra être rendu explicite, par la décision du Conseil, que la note conceptuelle ne sera pas discutée à moins que la représentation des populations les plus affectées soit garantie et documentée comme telle.

Le secrétariat DOIT être formé de façon à assurer une représentation appropriée de la société civile et les populations les plus affectées durant les processus de dialogue itératif, essentiel pour construire le progrès dans la région MENA. La manière avec laquelle les stratégies SOGI, GES et des droits humains sont intégrées dans le NFM, devra être rendue plus explicite?

Sans l'implication efficace des populations les plus affectées dans le processus itératif, une dilution de la réponse aux populations les plus affectées dans différents pays est inévitable. Ceci sera la réalité à moins que des orientations et des directives claires et applicables soient prises concernant le processus de dialogue itératif, pour qu'une représentation véritable des besoins des pays soit assurée.

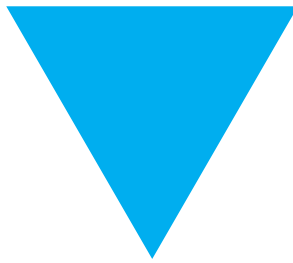


Conclusion & recommandations

Dans un contexte en perpétuel changement de paradigmes économiques en transformation, une meilleure compréhension d'une réponse et d'une gestion plus efficaces de la maladie, et la maturation de l'organisation, le Fonds mondial doit évoluer. Le NFM est une étape significative dans cette évolution. Nous ne contestons pas cela mais la structure, la formule, les plans et le processus de mise en œuvre soulèvent différentes questions pour la région MENA. Le NFM dans son itération actuelle par la SIIC présentée au Conseil du Fonds mondial pour la décision à sa réunion de novembre, porte très peu d'encouragement pour les pays de la région MENA à moins que des modifications importantes ne soient apportées. Comme explicité dans ce document, une seule conclusion est possible concernant le NFM tel qu'il est présenté dans les points de décision SIIC.

L'itération actuelle du NFM n'est pas acceptable pour les pays MENA, parce que le risque de voir tous les progrès menacés par une régression est trop palpable. Nous avons besoin de garanties et de décisions appropriées émanant du Conseil sur nos recommandations principales listées ci bas, avant d'apporter quelque soutien qu'il soit.





- ▶ Clairement le processus de décision des groupes de pays est inadéquat et les critères DOIVENT être modifiés et nuancés pour fournir des profils pays plus précis.
- ▶ La volonté de payer DOIT être intégrée malgré les inquiétudes du secrétariat dont les revendications concernant le degré de difficulté d'évaluation semblent faibles. Utilisant la matrice de probabilité, bien que ce ne soit pas une solution parfaite, traitera la question durant la période intérimaire jusqu'à ce qu'une solution acceptable permanente soit adoptée.
- ▶ Le processus de développer les critères pour le groupe ciblé DOIT inclure la société civile et les représentants des populations vulnérables de la région MENA, en particulier sur la question des critères quantitatifs. Le montant du financement alloué pour le groupe ciblé DOIT être de 10% minimum.
- ▶ La définition d'une bonne performance nécessite d'être revisitée dans le contexte des exigences du NFM pour que la preuve de l'effet catalyseur du Fonds mondial dans plusieurs domaines importants dans la région ne soit pas perdue ou ignorée.
- ▶ Le secrétariat DOIT être formé pour assurer une représentation appropriée de la société civile et les populations les plus affectées durant le processus de dialogue itératif, essentiel pour faire fond sur le progrès dans la région MENA.
- ▶ Le NFM doit être plus explicite sur l'intégration des stratégies SOGI, GES et droits humains dans le NFM.
- ▶ Un financement suffisant doit être disponible pour maintenir l'ambition et la stimulation.
- ▶ La règle ONG doit être renforcée pour couvrir les trois maladies et la facilité pour le non CCM et les propositions régionales doivent être explicites.
- ▶ Ces domaines nécessitent d'être traités vu leur impact significatif sur l'efficacité et l'équité du NFM.
- ▶ La responsabilité à présent repose sur le Conseil du Fonds mondial et nous exhortons les délégations à prendre les bonnes décisions en novembre et insister pour que les changements articulés dans nos recommandations soient pris en considération et mis en pratique.

Références et Bibliographie

UNAIDS, UNAIDS NGO PCB Delegation, UNGASS Reports & World Bank

UNAIDS MENA Report 04/12/2011 Information Brief

UNAIDS MENA Report on AIDS 2011

UNAIDS urges action against HIV in Mena - Helmy Dec. 2011

How Laws and Policies Affect the HIV Response UNAIDS PCB NGO Delegation, December 2011

The impact of reduction in funding for HIV on Civil society – UNAIDS PCB NGO Delegation, June 2012

MENA records highest number of HIV infections ever in 2010 - UNAIDS Dec. 2011

UNGASS Report Egypt 2012

UNGASS Report Morocco 2012

UNGASS Report Tunisia 2012

MENA Time for Strategic Action World Bank 2010

Morocco

Morocco Global Fund Grants, Proposals & report - 16 Documents

Strategic HIV/AIDS plan Morocco 2002 - 2004

Strategic HIV/AIDS Plan Morocco 2012 – 2016

Morocco NASA analysis (2007-2009)

Egypt

Egypt Global Fund Grants, Proposals & report - 14 Documents

Combating HIV/AIDS related Stigma in Egypt - A. Morrow & N. Samir

Tunisia

Tunisia Global Fund Grants and Proposals - 12 Documents

Arab World (General)

Facts of Life Population Reference Bureau 2011

Secretive Arab World faces HIV epidemic - Yasbeck Dec. 2011

Faits de vie : YOUTH SEXUALITY AND REPRODUCTIVE HEALTH IN THE MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA. Par Farzaneh Roudi-Fahimi ET Shereen el Feki. Population Reference Bureau – 2011 - www.prb.org/Reports/2011/facts

Global Fund specific

GFATM Making a Difference MENA Regional Results Report 2011

GFTAM Making a difference - MENA regional GF Meeting, Casablanca – October 2011

GFTAM Making a difference – MENA regional GF Meeting, Amman – May 2009

GFAN

24. Annotated Global Fund Board Decision Points - GFAN Sept. 2012

25. GFAN CGD Blog - Future of the Global Fund. O. Ryan amFAR

26. GFAN Issue Briefing Number 2 Oct. 2012

ONG & Réseaux

International HIV/AIDS Alliance Policy Brief May 2012

Letter to GF General Manager Sept 2012 INPUD, NSWP, MSMGF, GATE, CETH

Guiding questions for analysis of Global Fund Rd 11 Cancellation - MSF

ICASO CSAT Info Alert: Changes at the Global Fund Oct. 2012

ITPC Issues briefing Number 1. Global Fund and NFM 23/10/2012

ITPC Missing the Target North Africa - 2012

Bridging the Gap - Action TBEC Sept. 2012

Global Fund Observer Issue 146 2012

Eastern Europe and Central Asia

Quitting while not ahead: Eurasian Harm Reduction Network May 2012

The crisis in Harm Reduction in EECA - draft EHRN

EE-CAR Impact of Eligibility Criteria - discussion paper 26/09/2007

Upper Middle Income Countries - discussion paper 16/08/2007

Global Fund Support to Civil Society in the Soviet - Harmer et al 2012







ALCS
جمعية
السيبرانية

CSAT
Civil Society Action Team

 **ITPC**



عضو بالائتلاف العالمي لمحاربة السيدا

