



35^e réunion du Conseil d'administration

Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement

GF/B35/04 – Révision 1

Décision du Conseil d'administration

OBJET : Ce document présente la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement dont le Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact recommande l'approbation par le Conseil d'administration.

Le présent document s'inscrit dans le cadre d'un processus délibératif interne au Fonds mondial et ne peut donc pas être rendu public avant la fin de la réunion du Conseil d'administration.

I. Décision

1. À la lumière des éléments de justification exposés ci-après, il est recommandé au Conseil d'administration d'adopter la décision suivante :

Décision GF/B35/DP08 : Politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement

1. À la lumière de la recommandation du Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact, le Conseil d'administration approuve la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement telle que présentée à l'annexe 1 du document GF/B35/04 – Révision 1.

2. En conséquence, le Conseil d'administration :

a. reconnaît que cette décision et la nouvelle politique de cofinancement définie dans la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, remplacent sa décision GF/B30/DP05 ainsi que la précédente politique de financement de contrepartie telle que décrite à l'annexe 1 du document GF/B30/6 Révision 1 (« Politique relative au financement de contrepartie ») ;

b. prend note que nonobstant le paragraphe 2.a. de la présente décision, la politique relative au financement de contrepartie demeure applicable aux programmes de subvention approuvés lors de la période d'allocation 2014-2016.

II. Décisions pertinentes précédemment adoptées

2. Conformément au Plan de gouvernance pour l'impact approuvé à la trente-deuxième réunion du Conseil d'administration¹, le résumé ci-après des décisions pertinentes précédemment adoptées est présenté afin de contextualiser la décision proposée à la Section I ci-avant.

Décision pertinente précédemment adoptée	Résumé et impact
GF/B34/DP04 : Cadre stratégique pour la période 2017/2022 (novembre 2015)²	Le Conseil d'administration a approuvé le cadre stratégique pour la période 2017/2022, en fixant pour sous-objectif de « soutenir des solutions durables pour lutter contre les épidémies et favoriser les transitions réussies ». La politique exposée dans le présent document en vue de son approbation par le Conseil d'administration expose les principes qui orienteront la démarche et l'engagement du Fonds mondial en faveur de la pérennisation des programmes et de la réussite des transitions.
GF/B30/DP05 : Révision de la politique relative aux critères d'admissibilité, aux exigences de financement de contrepartie et à	Le Conseil d'administration a approuvé la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie, telle que modifiée, afin de l'aligner sur le nouveau modèle de financement. En outre, il a demandé au Comité de la stratégie,

¹ GF/B32/DP05 : Approbation du Plan de gouvernance pour l'impact défini dans le document GF/B32/08 Révision 2.

² <http://www.theglobalfund.org/Knowledge/Decisions/GF/B34/DP04/>

Décision pertinente précédemment adoptée	Résumé et impact
l'établissement des priorités pour les demandes de financement soumises au Fonds mondial (novembre 2013)³	des investissements et de l'impact et au Secrétariat d'affiner la démarche du Fonds mondial vis-à-vis des pays qui se dégagent progressivement de son soutien. Si le Conseil d'administration approuve la décision présentée ci-avant, les nouvelles exigences en matière de centrage des candidatures et de cofinancement décrites dans le présent document remplaceront celles exposées dans la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie.

III. Action requise

3. Le présent document sollicite l'approbation du Conseil d'administration sur la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement telle qu'exposée à l'annexe 1 ci-après, en s'appuyant sur la recommandation du Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact. Le Secrétariat mettra en œuvre cette politique dès son approbation par le Conseil d'administration.

IV. Résumé

4. La pérennité à long terme constitue un aspect fondamental du financement du développement et de la santé internationale. Il est primordial que les pays soient en mesure d'intensifier et de pérenniser leurs programmes pour avoir une incidence durable sur les trois maladies et évoluer vers la concrétisation, à terme, de la couverture sanitaire universelle. Les pays qui enregistrent une croissance économique depuis une dizaine d'années sont en position de passer progressivement d'un financement de la santé par des donateurs externes à des systèmes efficaces financés par des ressources nationales. Néanmoins, il est indispensable de les soutenir dans cette démarche. Le cadre stratégique du Fonds mondial pour la période 2017/2022 reconnaît cette nécessité et comporte un sous-objectif spécifique qui engage le Fonds mondial à « soutenir des solutions durables pour lutter contre les épidémies et favoriser des transitions réussies ».

5. La politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, telle que présentée à l'annexe 1 du présent document, décrit les principes directeurs relatifs à l'engagement auprès des pays en vue d'assurer la pérennité à long terme des programmes soutenus par le Fonds mondial. Elle présente également un cadre de travail destiné à garantir la réussite des pays s'affranchissant progressivement des financements du Fonds mondial. L'expérience montre que le soutien apporté à ces pays en vue de réussir durablement leur transition requiert un temps considérable. Par conséquent, la démarche du Fonds mondial en matière d'appui à la pérennité et à la transition repose sur le principe de base que tous les pays devraient planifier leurs programmes en veillant à la pérennité de ces derniers et ce, indépendamment de leur situation dans le continuum de développement.

6. Cette démarche suppose d'investir dans l'élaboration de stratégies nationales de santé, de plans stratégiques nationaux de lutte contre chacune des maladies et de plans de financement de la santé solides et qui tiennent compte de la pérennité des programmes. Elle implique également d'uniformiser les exigences de sorte à garantir que les programmes financés par le Fonds mondial puissent être mis en œuvre au travers des systèmes nationaux. En outre, elle prévoit d'aider les pays à évaluer leur état de préparation à la transition et, si nécessaire, à élaborer des plans de travail destinés à garantir le bon déroulement et la réussite de ce processus. Enfin, les nouvelles exigences en matière de centrage des candidatures et de cofinancement alignent les mesures d'incitation aux financements nationaux afin de garantir que les pays prennent en charge des programmes essentiels, tels que les interventions auprès des populations-clés et vulnérables, à mesure qu'ils s'approchent de la transition.

³ <http://www.theglobalfund.org/Knowledge/Decisions/GF/B30/DP05/>

V. Contexte

7. La pérennité à long terme constitue un aspect fondamental du financement du développement et de la santé internationale. Les pays qui enregistrent une croissance économique depuis une dizaine d'années sont en position de passer progressivement d'un financement de la santé par des donateurs externes à des systèmes efficaces financés par des ressources nationales. Il s'agit là d'une tendance dont il faut se féliciter, dans la mesure où la pérennisation et l'augmentation des financements nationaux de la santé sont deux conditions préalables pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme.

8. Cependant, les obstacles à la pérennité programmatique et financière des investissements dans la santé internationale sont considérables. La croissance économique ne garantit pas nécessairement l'égalité d'accès à la santé et aux soins. Par ailleurs, il existe de fortes inégalités entre les nombreux pays à revenu intermédiaire. En outre, la croissance économique ne garantit pas non plus l'équité des interventions auprès des populations-clés et vulnérables touchées de manière disproportionnée par les trois maladies, notamment dans les pays où la pénalisation, le rejet social et la discrimination sont fréquents.

9. Au niveau stratégique, le Conseil d'administration a fait de la pérennité des programmes une de ses priorités lors de sa retraite de novembre 2014, qui a marqué le début du processus d'élaboration de la stratégie pour la période 2017/2022. Les consultations menées lors des trois Forums de partenariat tenus en 2015 ont entériné l'importance de la pérennité et des transitions réussies pour maximiser l'impact des investissements du Fonds mondial dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. En novembre 2015, le Conseil d'administration a approuvé le Cadre stratégique du Fonds mondial pour la période 2017/2022, qui inclut un sous-objectif spécifique engageant celui-ci à « soutenir des solutions durables pour lutter contre les épidémies et favoriser des transitions réussies ».

10. Compte tenu des interdépendances existant entre le financement national de la santé, la pérennité des financements du Fonds mondial et l'affranchissement progressif du soutien des donateurs, la présente politique expose les principes directeurs de la démarche du Fonds mondial en faveur de la pérennité, de la transition et du cofinancement. Des orientations opérationnelles détaillées, fondées sur les importants travaux engagés en 2015, seront élaborées pour permettre au Secrétariat du Fonds mondial de mieux aider les pays à pérenniser les effets de la lutte contre les trois maladies et à améliorer la santé.

11. Cette politique a été formulée en s'appuyant sur les principes suivants :

- i. Différenciation – la politique et les procédures y afférentes sont différenciées en fonction de la situation d'un pays dans le continuum de développement. Cette situation dépend du niveau de revenu, du contexte épidémiologique, de la charge de morbidité, du contexte lié au respect des droits de l'Homme et de l'égalité des genres, ainsi que d'autres facteurs régionaux, nationaux et propres au contexte en question.
- ii. Alignement – dans la mesure du possible, les exigences du Fonds mondial en matière de pérennité et de transition doivent être appliquées à des systèmes ou des processus déjà en place dans le pays.
- iii. Prévisibilité – dans la mesure du possible, les pays doivent être prévenus suffisamment tôt, et disposer du temps et des ressources nécessaires pour planifier la transition.
- iv. Souplesse – les maîtres d'œuvre dans les pays et le Fonds mondial doivent avoir la possibilité d'adapter certains aspects de cette politique aux particularités du pays et de la région, en vue de maximiser l'impact et de maintenir les services.

12. Cette politique s'appuie sur les documents suivants : le rapport du Groupe de travail sur le continuum de développement, intitulé « Faire évoluer le Fonds mondial pour améliorer l'impact dans un environnement mondial en pleine mutation », qui a été présenté au Conseil d'administration en mars 2015 ; le document du Secrétariat sur la pérennité et la transition, présenté au Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact en juin 2015⁴, l'examen thématique de la pérennité et de la transition présenté par le Groupe technique de référence en évaluation au Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact en septembre

⁴ GF/SIIC16/10

2015⁵, ainsi que les conclusions tirées de l'Initiative pour un accès équitable. En outre, la politique tient compte des recommandations émises à l'intention du Secrétariat au cours des consultations internes et externes organisées en décembre 2015 autour des questions de la pérennité et de la transition, ainsi que de l'expérience et de l'expertise des équipes de pays et des partenaires du Fonds mondial consultés tout au long du processus d'élaboration de la politique.

13. Enfin, le Fonds mondial reconnaît que le succès de cette politique dépend d'une étroite collaboration avec la multitude de partenaires qui contribuent à la programmation dans les pays et qu'il revient en définitive à chaque pays de réunir les facteurs propices à une transition réussie et à la pérennisation de ses programmes de lutte contre les trois maladies.

VI. Analyse

01 Établissement d'une démarche volontariste à l'égard de la pérennité et de la transition

14. Cette politique engage pour la première fois le Fonds mondial dans une démarche volontariste à l'égard de la pérennisation des programmes et de la réussite des transitions. Elle fournira un cadre rigoureux destiné à encourager la réalisation de ces deux objectifs. Comme indiqué dans la politique, la démarche du Fonds mondial pour accompagner les pays sur cette voie comprend :

- a. la fourniture d'un soutien financier ou autre à l'élaboration de stratégies nationales de santé, de plans stratégiques de lutte contre chacune des maladies et de stratégies de financement de la santé qui soient robustes, inclusifs (y compris à l'égard des populations-clés et vulnérables), de qualité et fondés sur des éléments concrets ;
- b. l'alignement des exigences pour garantir que les programmes financés par le Fonds mondial puissent être mis en œuvre au travers des systèmes nationaux, afin de mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé ;
- c. le soutien aux pays pour évaluer leur état de préparation à la transition d'un point de vue programmatique et financier, et garantir une planification robuste, en veillant à ce que les plans de travail en vue de la transition servent de base aux demandes de financement ;
- d. la fourniture d'un financement de transition pour couvrir jusqu'à une période d'allocation après que les critères d'admissibilité cessent d'être remplis⁶ ;
- e. l'application d'exigences de cofinancement graduées et d'exigences connexes concernant le centrage des candidatures.

15. La démarche engagée par le Fonds mondial pour comprendre et soutenir la pérennité et la transition est fondée sur ce principe de base : la planification de la pérennité fait partie intégrante de la conception du programme et doit être prise en compte par tous les pays, indépendamment de leur situation dans le continuum de développement. Elle requiert une démarche pluridimensionnelle comprenant l'investissement dans des systèmes résistants, pérennes pour la santé qui soient appropriés, le renforcement des capacités, des interventions de plaidoyer et de prestation de services, parallèlement à l'évaluation des options existantes pour accroître progressivement le financement national du secteur de la santé et, en particulier, des programmes de lutte contre les trois maladies.

16. En outre, l'expérience montre que la planification de l'affranchissement progressif des aides du Fonds mondial requiert du temps et des ressources. Dans de nombreux pays, cela passe nécessairement par la résolution de problèmes complexes, tels qu'une modification de la législation pour permettre au secteur public de passer des marchés avec des prestataires issus d'autres secteurs, comme des organisations de la société civile. Cette planification nécessite également un soutien efficace au plaidoyer national en faveur des dépenses

⁵ GF/SIIC16/03

⁶ Paragraphe 13 de la politique d'admissibilité

de santé et l'amélioration des procédures d'achat et de l'accès aux soins, pour s'assurer que les pays soient en mesure d'acheter des produits essentiels, tels que des antirétroviraux de deuxième intention et des antituberculeux actifs contre la forme multirésistante de la maladie, à des prix attractifs. En outre, il est souvent nécessaire de réaliser un plaidoyer politique fort pour garantir que les interventions adaptées au contexte épidémiologique spécifique d'un pays finissent par être financées dans leur totalité par les budgets nationaux. Certaines dispositions prévues dans cette politique, telles que la notification en temps opportun d'une éventuelle transition, l'appui aux évaluations de l'état de préparation à la transition et la disponibilité de crédits pour financer cette dernière, garantissent que les pays bénéficieront à l'avenir d'une préparation et d'un soutien appropriés lorsqu'ils s'affranchiront de l'aide du Fonds mondial.

17. Les exigences de cette politique en matière de cofinancement et de centrage des financements visent à stimuler l'accroissement du financement national de la santé et des programmes de lutte contre les trois maladies. Simultanément, elles cherchent à encourager les pays à prendre progressivement en charge les coûts récurrents des principales composantes de leurs programmes⁷, afin de les inciter à entièrement financer l'intégralité de leurs programmes de lutte contre les trois maladies à mesure qu'ils évoluent vers un financement exclusif par des ressources nationales. Le Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact a demandé au Secrétariat de présenter au Conseil d'administration les principaux obstacles à la réussite des transitions et de solliciter des dérogations aux politiques au cas par cas, le cas échéant.

18. Enfin, pour mettre en œuvre cette politique, le Fonds mondial échangera activement avec les pays au sujet des délais estimés de leur transition, en s'appuyant sur les informations disponibles les plus récentes et des projections de données. Une Équipe de transition sera mise en place afin de soutenir les équipes de pays et de faciliter la planification de la pérennité et de la transition grâce à ses compétences dans les domaines des finances, des droits de l'Homme, des populations-clés, des questions de genre, des achats et dans tout autre domaine utile. Cette équipe sera également chargée de documenter et de diffuser les meilleures pratiques, ainsi que de collaborer avec les principales parties prenantes.

02 Principales modifications apportées aux exigences de centrage des candidatures

19. Depuis 2007, les exigences de centrage des candidatures, qui s'inscrivent actuellement dans le cadre de la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie⁸, sont différenciées selon les niveaux de revenu. Dans le cadre de l'examen global mené en 2011 sur les exigences d'admissibilité et de cofinancement⁹, il a été demandé aux pays à revenu intermédiaire de centrer l'ensemble ou une partie de leurs demandes de financement sur les populations-clés et vulnérables¹⁰ et/ou sur « les interventions ayant l'impact le plus marqué dans le cadre d'un contexte épidémiologique bien défini »¹¹.

20. La politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement inscrit ces exigences dans un cadre global en matière de pérennité et de cofinancement. Ces exigences ont été actualisées à la lumière de l'orientation donnée par la stratégie pour la période 2017/2022. Les modifications en question mettent particulièrement l'accent sur le fait que l'ensemble des demandes de financement présentées au Fonds mondial doivent prévoir des interventions fondées sur des éléments concrets et cohérentes avec le contexte épidémiologique des pays, qui maximiseront l'impact des actions menées contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et qui contribueront à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé. En outre, elles incitent fortement les pays à faible revenu à inclure dans leurs demandes de financement des interventions visant l'établissement de tels systèmes. Enfin, elles exigent de tous les pays, indépendamment de leur niveau de revenu, qu'ils centrent convenablement leurs demandes sur les interventions destinées à lever

⁷ Celles-ci incluent notamment les coûts récurrents liés aux ressources humaines, l'achat de médicaments et de produits essentiels pour la lutte contre les trois maladies, ainsi que les programmes fondés sur les droits pour les populations-clés et vulnérables qui sont cohérents avec le contexte épidémiologique et étayés par des éléments concrets, le cas échéant.

⁸ Comme indiqué à l'annexe 1 du document GF/B30/6 – Révision 1 et approuvé par la décision GF/B30/DP05 en novembre 2013.

⁹ Comme indiqué à l'annexe 1 du document GF/B23/14 et approuvé par la décision GF/B23/DP23.

¹⁰ Les exigences actuelles en matière de centrage des candidatures contenues dans la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie font référence aux groupes spécifiques, appelés les « populations mal desservies ou les plus exposées au risque ». La terminologie employée dans la politique recommandée à l'annexe 1 a été changée en « populations-clés et vulnérables », la définition des « populations mal desservies ou les plus exposées au risque » demeurant inchangée.

¹¹ GF/B23/14

les obstacles et à résoudre les problèmes de vulnérabilité liés aux populations-clés et vulnérables, aux droits de l'Homme et aux questions de genre.

21. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure sont tenus de centrer 100 pour cent de leurs demandes sur le maintien ou l'intensification des interventions auprès des populations-clés et vulnérables¹². À l'instar de la politique actuelle, la nouvelle politique permet à ces pays d'inclure de nouvelles technologies ou des innovations reflétant les meilleures pratiques mondiales, dans la mesure où elles sont indispensables pour maintenir les avancées réalisées et progresser vers l'endigement et/ou l'élimination des maladies. Grâce aux modifications proposées de la politique d'admissibilité (GF/B35/06), ces pays, indépendamment de leur charge de morbidité, peuvent inclure des interventions liées aux systèmes résistants et pérennes pour la santé qui sont indispensables pour garantir leur préparation à la transition, comme identifié dans le cadre d'une évaluation à cet effet. Les pays de cette catégorie dont la charge de morbidité est critique peuvent solliciter des financements au titre des composantes-clés de leurs programmes, sous réserve qu'ils ne viennent pas remplacer des financements nationaux existants pour ces interventions. Tout comme avec la politique actuelle, il sera permis aux candidats d'inclure d'autres interventions. En revanche, ils devront justifier de telles demandes qui seront par ailleurs évaluées au stade de la candidature.

22. La politique reconnaît que le contexte du pays constitue un facteur essentiel et que, dans certains cas, les exigences de centrage des candidatures devront s'appliquer avec un certain degré de souplesse. Ces cas seront traités de manière personnalisée, l'important étant de garantir que les programmes existants continuent à produire un impact et à s'intensifier le cas échéant.

03 Principales modifications apportées au cofinancement

23. Les exigences actuelles en matière de cofinancement sont les suivantes : a) la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie, qui établit les seuils minimaux concernant les exigences de contribution aux programmes de lutte contre les maladies en fonction des niveaux de revenu des pays¹³ ; b) le critère relatif à la volonté de payer, qui a été mis en place dans le cadre du modèle de financement reposant sur l'allocation de crédits¹⁴. Alors que les seuils minimaux approuvés en 2011 dans le cadre du système fondé sur les séries¹⁵ étaient ambitieux au regard des niveaux de dépenses publiques constatés jusqu'alors¹⁶, ils ont largement perdu de leur pertinence du fait de l'accroissement ultérieur de ces dépenses. En effet, plus de 95 pour cent des programmes les atteignent déjà grâce aux niveaux de dépense actuels. Néanmoins, l'intégration de l'exigence relative à la volonté de payer lors du lancement du modèle de financement, en 2014, a contribué à augmenter de 6 milliards de dollars US les engagements des autorités publiques en faveur de la santé, par rapport aux dépenses enregistrées au cours de la période précédente, ce qui constitue une nette augmentation des crédits nationaux alloués à la santé.

24. Malgré cette hausse considérable des contributions nationales au financement des programmes, la politique de cofinancement demeure améliorable. Les observations recueillies lors des Forums de partenariat indiquaient que la coexistence de deux politiques relatives aux financements nationaux était source de confusion pour les pays. L'examen stratégique du Groupe technique de référence en évaluation¹⁷ et le Comité technique d'examen des propositions ont indiqué que les politiques actuelles ne sont pas suffisamment différenciées le long du continuum de développement, qu'elles ne requièrent aucune coopération avec les

¹² Selon la définition qui en est donnée dans le Plan d'action en faveur des populations-clés (2014-2017).

¹³ Seuils minimaux : pays à faible revenu : 5 pour cent ; pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : 20 pour cent ; pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure : 40 pour cent ; pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : 60 pour cent.

¹⁴ Pour la période d'allocation 2014-2016, afin d'inciter les pouvoirs publics à engager des financements nationaux supplémentaires dépassant les seuils de cofinancement, le versement de 15 pour cent de l'allocation était conditionné à des engagements supplémentaires du pays démontrant une hausse du cofinancement des programmes de lutte contre les maladies, conformément à leur capacité à combattre celles-ci.

¹⁵ Les exigences de cofinancement actuelles sont incluses dans la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie en vigueur actuellement (GF/B30/DP05). Le document GF/B35/06 recommande au Conseil d'administration d'adopter une politique d'admissibilité séparée, dans la mesure où les exigences de cofinancement s'inscrivent désormais dans le cadre de la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement.

¹⁶ Les seuils minimaux ont été établis à partir d'une analyse des dépenses publiques réalisée au cours de la période de récession économique de 2007-2009.

¹⁷ Le Fonds mondial, Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact, Examen stratégique 2015 (GF/SIIC16/06), annexe 1.

ministères des Finances et qu'elles ne soutiennent pas assez les interventions auprès des populations-clés et vulnérables dans les pays à revenu intermédiaire. Par ailleurs, les conclusions tirées de l'Initiative pour un accès équitable soulignent la nécessité de consacrer davantage d'efforts à l'accroissement des dépenses publiques pour la santé dans les pays où celles-ci ne sont pas jugées prioritaires et/ou qui disposent d'une faible capacité à générer des recettes publiques, en vue de renforcer la pérennité de leurs programmes soutenus par le Fonds mondial.

25. Au regard de ces conclusions, la démarche proposée en matière de cofinancement prévoit un certain nombre de changements radicaux par rapport la politique actuelle. Ces changements sont les suivants :

- a. l'adaptation des exigences de cofinancement le long du continuum de développement afin de garantir qu'elles soutiennent le secteur de la santé et encouragent des investissements conformes aux priorités nationales. Au pied du continuum de développement, l'accent est mis sur les investissements nationaux destinés à mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé et à évoluer vers la couverture sanitaire universelle. À ce stade, les exigences relatives au cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial sont minimales. À mesure que les pays progressent dans le continuum de développement, il leur est demandé d'accroître progressivement leur part du cofinancement des programmes de lutte contre les maladies et de leurs composantes-clés, telles que les interventions auprès des populations-clés et vulnérables ainsi que les interventions de renforcement des systèmes destinées à lever les obstacles majeurs à la pérennité ;
- b. l'obligation pour tous les pays d'absorber progressivement les coûts des composantes-clés des programmes, telles que les coûts récurrents liés aux ressources humaines, l'achat de médicaments et de produits essentiels et les interventions auprès des populations-clés et vulnérables ;
- c. l'exigence de coopération avec les principales parties prenantes, telles que les ministères des Finances, et d'institutionnalisation de mécanismes pour le suivi annuel des exigences de cofinancement ;
- d. l'attention explicite accordée à l'augmentation progressive des dépenses publiques pour la santé dans les pays à forte charge de morbidité au sein desquels ces dépenses ne sont pas jugées prioritaires et/ou qui disposent d'une faible capacité à générer des recettes publiques, grâce à la mise en place de stratégies de financement de la santé robustes destinées à atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle ;
- e. une plus grande souplesse pour aborder les difficultés de cofinancement en fonction de la marge de manœuvre budgétaire, de la charge de morbidité, des exigences liées à la transition, des contextes d'intervention régionaux ou autres, y compris des contextes d'intervention difficile. Les exigences demeurent les mêmes pour les candidats autres que les instances de coordination nationale, les candidatures régionales et multi-pays, et pourront être traitées une fois que ces aspects du modèle d'allocation seront finalisés¹⁸ ;

26. La nouvelle politique de cofinancement, qui met l'accent sur une augmentation progressive des financements nationaux, n'impose pas de seuils minimaux pour les raisons suivantes :

- La nécessité d'une plus grande ambition et d'une meilleure différenciation : à l'heure actuelle, plus de 95 pour cent des programmes atteignent les seuils minimaux applicables à leur catégorie de revenu. Pour stimuler les ambitions, il a été envisagé de relever les seuils minimaux applicables aux différentes catégories de revenu. Néanmoins, cette solution ne permet pas une différenciation réaliste dans la mesure où les capacités budgétaires varient considérablement au sein de chaque catégorie de revenu.
- Les limites liées à la définition du seuil minimal : les seuils minimaux requis sont actuellement calculés en divisant la part des ressources publiques nationales par la part des ressources provenant du Fonds mondial et des ressources publiques nationales. Cette méthode est problématique dans la mesure où elle ne tient pas compte des autres financements extérieurs (tels que le soutien de

¹⁸ Chacun des pays participant à des subventions multi-pays et pouvant encore prétendre à des crédits à titre individuel est tenu de démontrer qu'il respecte les exigences de cofinancement. La seule exception possible s'applique aux pays qui ne peuvent plus prétendre à une subvention indépendante du Fonds mondial pour la même composante de maladie. Dans ces cas de figure, le Fonds mondial dispose de possibilités et d'une influence limitées pour prendre part à la résolution des difficultés de cofinancement. Dans le cas des subventions régionales, alors que les programmes qu'elles soutiennent bénéficient à chacun des pays, les montants reçus dans chacun d'entre eux sont minimes. Par conséquent, exiger un cofinancement pourrait se révéler inutilement onéreux.

donateurs bilatéraux). Par conséquent, la contribution nationale aux actions engagées semble plus importante qu'elle ne l'est réellement ; en outre, la part du financement national peut sembler gonfler artificiellement à mesure que diminuent les financements du Fonds mondial. D'autres options ont été envisagées pour le calcul des seuils minimaux, y compris la mesure de la part des ressources nationales dans les coûts de mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les maladies. Cependant, les faiblesses constatées dans de nombreux plans stratégiques et les mauvaises évaluations des coûts constituent un frein à l'adoption de telles mesures.

- Le manque de normalisation et de règles claires sur ce qui constitue une dépense liée à la maladie : il existe en effet des variations considérables dans la façon dont les pays communiquent leurs dépenses liées à la maladie. Alors que certains recourent à des méthodologies normalisées, de nombreux autres utilisent les budgets par poste des programmes de lutte contre les maladies. Le faible nombre de pays en mesure de communiquer leurs dépenses liées à la maladie au moyen de méthodologies normalisées rend toute comparaison impossible entre les pays. Pour parvenir à une plus grande uniformisation à l'avenir, le Fonds mondial collabore avec différents partenaires en vue d'institutionnaliser des mesures normalisées relatives à ces dépenses au sein des pays récipiendaires.

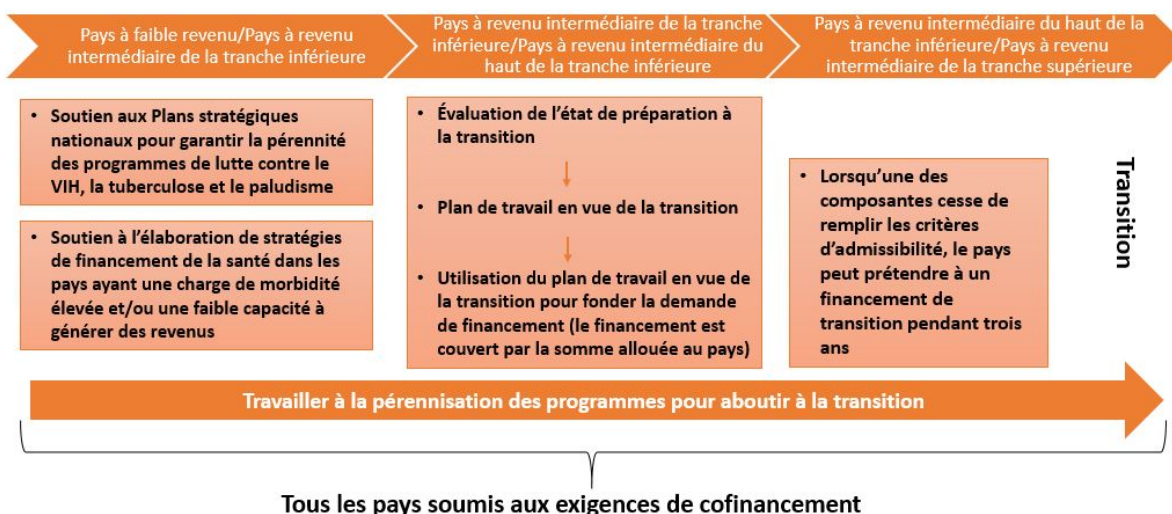
VII. Recommandation

27. Au vu des éléments de justification exposés ci-avant, le Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact recommande au Conseil d'administration d'adopter la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement décrite à l'annexe 1 du présent document.

Annexe 1 – Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement

POLITIQUE DU FONDS MONDIAL EN MATIÈRE DE PÉRENNITÉ, DE TRANSITION ET DE COFINANCEMENT

Pérennité et transition – Renforcer l’alignement et la prévisibilité



PREMIÈRE PARTIE : PÉRENNITÉ ET TRANSITION

1. **Pérennité** : le Fonds mondial définit la pérennité comme la capacité d'un programme de santé ou d'un pays à maintenir et à intensifier la couverture des services de sorte à pouvoir maîtriser de manière permanente un problème de santé publique, en tenant compte du contexte épidémiologique, et à soutenir les efforts d'élimination des trois maladies, même après le retrait du financement externe par le Fonds mondial et d'autres donateurs externes importants.
2. La démarche du Fonds mondial consistant à aider les pays à pérenniser leurs programmes et à favoriser des transitions réussies est fondée sur ce principe de base : la planification de la pérennité fait partie intégrante de la conception du programme et doit être prise en compte par tous les pays, indépendamment de leur situation sur le continuum de développement. Pour certains pays, cela peut signifier une augmentation des investissements dans certaines interventions en faveur de systèmes résistants et pérennes pour la santé tandis que pour d'autres, cela peut impliquer la réalisation d'examen ciblés afin de maximiser l'efficacité des investissements.
3. Comme énoncé dans la présente politique, le Fonds mondial travaillera avec les pays¹⁹ au renforcement de la pérennité des programmes qu'il soutient :
 - f. en fournissant un soutien financier ou autre à l'élaboration de stratégies nationales de santé, de plans stratégiques nationaux de lutte contre chaque maladie et de stratégies de financement de la santé qui soient robustes, inclusifs (y compris à l'égard des populations-clés et vulnérables), de qualité et fondés sur des éléments concrets ;
 - g. en alignant les exigences pour garantir que les programmes financés par le Fonds mondial puissent être mis en œuvre au travers des systèmes nationaux en vue d'établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé ;

¹⁹ Sauf dans certains contextes d'intervention difficile, tels que définis par la politique y afférente, dans lesquels le Secrétariat peut décider qu'un tel engagement n'est pas adapté en raison du contexte ainsi que des priorités ou objectifs connexes.

- h. en aidant les pays à évaluer leur état de préparation à la transition d'un point de vue programmatique et financier, et à établir une planification solide ;
 - i. en fournissant un financement de transition pour couvrir jusqu'à une période d'allocation après que les critères d'admissibilité cessent d'être remplis²⁰. Le Secrétariat, en fonction du contexte du pays et des considérations existantes relatives au portefeuille, déterminera la période et le montant de financement appropriés pour les besoins prioritaires relatifs à la transition ;
 - j. en imposant des exigences de cofinancement graduées ainsi que des exigences connexes de centrage des candidatures.
4. **Stratégies nationales et stratégies de financement de la santé** : les plans stratégiques nationaux de santé et de lutte contre chacune des maladies définissent l'orientation stratégique générale d'un pays en la matière sur une période donnée (en général cinq ans). Les plans stratégiques nationaux doivent refléter la vision du programme national de lutte contre la maladie et transcrire fidèlement les politiques de santé nationales ainsi que le plan de santé général du pays, au travers d'un processus multipartite et inclusif. Le Fonds mondial reconnaît que ces plans constituent des documents stratégiques importants, qui guident les autorités sanitaires nationales dans un processus de planification nationale en vue de gérer et de mettre en œuvre des activités adaptées de lutte contre les maladies. Par conséquent, ils peuvent faire office, en tout ou en partie, de demande de financement au Fonds mondial.
5. Le Fonds mondial reconnaît que, dans certains cas, il est possible qu'aucun plan stratégique national n'ait été convenu ou que les stratégies existantes ne soient pas suffisamment robustes, inclusives (y compris à l'égard des populations-clés et vulnérables), fondées sur des éléments concrets ou précisément chiffrées pour appuyer une demande de financement du Fonds mondial. Dans ces cas-là, le Fonds mondial, en coordination avec les partenaires concernés, travaillera au renforcement du plan stratégique national afin de garantir qu'il fournit une orientation stratégique appropriée aux programmes. Ce processus peut être financé au travers de subventions existantes du Fonds mondial, le cas échéant.
6. Lorsque les plans stratégiques nationaux pour la santé n'incluent pas suffisamment de détails sur la pérennisation de la couverture des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme, le Fonds mondial pourra travailler avec le pays, en concertation avec les partenaires, pour développer cet aspect du plan ou intégrer les stratégies liées à la lutte contre l'une de ces trois maladies dans la partie concernée du plan. Cela garantira la prise en compte et la planification de la pérennité programmatique et financière des programmes de lutte contre les trois maladies.
7. **Alignement** : le Fonds mondial a adopté les principes de l'efficacité de l'aide énoncés dans la Déclaration de Paris, le Programme d'action d'Accra et le Partenariat mondial de Busan. Par conséquent :
- a. afin d'accroître leur pérennité, les programmes financés par le Fonds mondial doivent être mis en œuvre au travers de leurs propres systèmes nationaux. Dans tous les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou dans le cas des composantes dans les pays²¹ s'orientant vers la transition, des mécanismes de mise en œuvre par défaut doivent s'inscrire dans des systèmes nationaux existants. Ces derniers rassemblent les acteurs nationaux, y compris la société civile, qui contribuent à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé, y compris les systèmes communautaires.
 - b. Lorsque des contraintes de capacités ne permettent pas une mise en œuvre au travers des systèmes nationaux, les candidats sont encouragés à collaborer activement avec le Fonds mondial et les partenaires au renforcement des composantes concernées des systèmes afin de permettre une utilisation ultérieure des systèmes nationaux.
 - c. Lorsque des contraintes politiques empêchent les investissements nationaux dans les interventions ciblant les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose ou le paludisme, les personnes touchées par ces maladies ou exposées à celles-ci, le Fonds mondial utilisera les outils à sa disposition, notamment les exigences de cofinancement et de centrage des candidatures mentionnées dans la présente politique, et aura également recours aux partenaires, à la diplomatie, aux incitations financières et aux efforts de

²⁰ Paragraphe 13 de la politique d'admissibilité

²¹ Le Fonds mondial remarque que dans certains pays, les composantes ne s'orienteront pas toutes vers la transition ou pas au même rythme. Une « composante dans le pays » renvoie donc à une composante spécifique et à son évolution vers la transition.

sensibilisation internationaux pour lever les obstacles à la prestation de soins de santé ou à l'accès à ces derniers.

8. **Planification de la transition** : le Fonds mondial définit la transition comme le mécanisme par lequel un pays ou une composante dans le pays s'oriente vers le financement et la mise en œuvre complets de ses programmes de santé en s'affranchissant du soutien du Fonds mondial mais tout en continuant de pérenniser les acquis et en procédant à une intensification, le cas échéant. À cet effet :
- a. Le Fonds mondial aidera les pays (à l'échelle nationale ou de chaque composante) à s'engager dans le processus de transition, le cas échéant, au travers d'une « évaluation de l'état de préparation à la transition ». Cette évaluation doit être un processus inclusif (y compris à l'égard des populations-clés et vulnérables), multipartite et propre au pays. Elle doit être réalisée avec la participation des communautés et de la société civile, et être dirigée par l'instance de coordination nationale ou un autre organe de coordination multipartite. L'objectif de cette évaluation est de servir d'outil pour stimuler le dialogue au niveau du pays concernant les besoins relatifs à la transition d'un point de vue programmatique et financier, d'identifier les principales lacunes prévisibles en matière de programmation, et de mettre en lumière les domaines nécessitant une éventuelle assistance technique.
 - b. Les conclusions de l'évaluation de l'état de préparation à la transition doivent être intégrées dans un « plan de travail en vue de la transition »²² inclusif et propre au pays qui s'attaque aux principaux obstacles et tire parti des opportunités afin de favoriser une transition réussie. Les principales difficultés rencontrées doivent être résolues, ce qui comprend souvent le renforcement des capacités, le soutien aux populations-clés et vulnérables, des interventions destinées à lever les obstacles et à résoudre les faiblesses en matière d'accès à la santé qui sont liés aux droits de l'Homme et aux questions de genre, à résoudre les difficultés de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement ; autant d'éléments essentiels pour garantir des systèmes nationaux unifiés et solides.
 - c. Lorsqu'un pays décide de s'affranchir volontairement de l'aide du Fonds mondial, c'est-à-dire de ne plus lui demander de financement alors qu'il respecte encore les critères d'admissibilité, le Fonds mondial peut apporter un soutien aux processus de planification de la transition et collaborer avec les pays pour favoriser des transitions réussies.
 - d. Conformément à la politique d'admissibilité du Fonds mondial, une fois qu'un pays a atteint le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure²³, il ne peut plus prétendre à un financement s'il n'a pas une charge de morbidité « élevée ». Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure appartenant au Groupe des vingt (G20) et dont la charge de morbidité n'atteint pas un niveau « critique » ne peuvent pas prétendre à un financement. La politique d'admissibilité permet de recevoir un financement de transition²⁴ pour couvrir jusqu'à une période d'allocation après que les critères d'admissibilité cessent d'être remplis²⁵. Le financement de transition a exclusivement vocation à financer les activités figurant dans le plan de travail en vue la transition.
 - e. Lorsque les pays ont déjà reçu leur financement de transition et choisissent de ne pas reprendre certaines interventions ciblant les populations-clés et vulnérables, le Fonds mondial travaillera avec les partenaires au niveau national et international en vue d'identifier d'autres sources de financement pour les programmes, et de déterminer s'il existe des options pour soutenir des programmes spécifiques au travers d'autres mécanismes.
9. **Financement novateur** : afin d'encourager le renforcement du cofinancement et la pérennité des programmes, le Secrétariat examinera la possibilité d'utiliser des mécanismes de financement novateurs en sus du mécanisme existant Debt2Health. Ces mécanismes novateurs peuvent inclure,

²²Le plan de travail en vue de la transition doit être chiffré et prévoir des calendriers clairs ainsi que des indicateurs mesurables permettant de suivre sa réalisation.

²³ Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure relevant de l'exception pour les « petites économies insulaires » telle que définie par les exceptions aux critères d'admissibilité des prêts de l'Association internationale de développement, peuvent demander un financement au Fonds mondial, quelle que soit la charge de morbidité du pays, comme indiqué aux paragraphes 6 et 7 de la politique d'admissibilité

²⁴ Paragraphe 13 de la politique d'admissibilité. Le financement de transition est alloué au travers des sommes versées au pays, qui seront calculées pour chaque période d'allocation à partir d'une méthodologie d'allocation utilisant les indicateurs approuvés par le Comité du Conseil d'administration du Fonds mondial chargé d'assurer le suivi stratégique de la méthodologie.

²⁵ Paragraphe 13 de la politique d'admissibilité. Les pays qui passent dans la catégorie des pays à haut revenu ou dans celle des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure du G20 et dont la charge de morbidité n'atteint pas un niveau critique ne peuvent pas prétendre à un financement de transition.

selon le cas, des mécanismes d'appui budgétaire et de financement mixte/de rachat de crédit, ainsi que des obligations à effet social. Le « financement mixte » et le « rachat de crédit » se rapportent au regroupement stratégique de subventions avec des emprunts publics, donnant lieu à un montage financier à des conditions particulièrement favorables pour couvrir un besoin de financement identifié et/ou faciliter le passage d'un financement international à un financement national d'un programme de santé national. Le Secrétariat informera le Comité d'audit et des finances ainsi que le Conseil d'administration des avancées réalisées dans l'utilisation de ces mécanismes, ainsi que des enseignements tirés et des recommandations à cet effet, le cas échéant.

DEUXIÈME PARTIE : CENTRAGE DES CANDIDATURES

1. Centrage des candidatures : toutes les demandes de financement présentées au Fonds mondial, indépendamment de la charge de morbidité et du niveau de revenu du pays²⁶, doivent prévoir des interventions fondées sur des éléments concrets, cohérentes avec le contexte épidémiologique du pays, qui optimiseront l'impact de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et qui contribueront à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Ces exigences seront évaluées au stade de la candidature, dans le cadre du processus d'examen. En outre, elles sont différenciées le long du continuum de développement :
 - a. **Centrage des candidatures des pays à faible revenu** : les demandes déposées par les pays à faible revenu au titre de la lutte contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme ne font l'objet d'aucune restriction concernant la portée programmatique du financement. En outre, les candidats sont vivement encouragés à inclure des interventions en faveur de systèmes résistants et pérennes pour la santé, le cas échéant. Les candidatures doivent comprendre, selon le cas, des interventions qui remédient aux difficultés rencontrées par les populations-clés et vulnérables²⁷, ainsi qu'aux obstacles et aux faiblesses liés aux droits de l'Homme et au genre en matière d'accès aux services.
 - b. **Centrage des candidatures des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure** : les candidatures présentées par les pays à revenu intermédiaire du bas et du haut de la tranche inférieure doivent destiner plus de 50 pour cent de la demande de financement au titre des interventions spécifiques à une maladie, en fonction du contexte épidémiologique, aux populations-clés et vulnérables et/ou aux interventions à très fort impact dans un contexte épidémiologique défini²⁸. Les demandes en faveur de systèmes résistants et pérennes pour la santé doivent être principalement axées sur l'amélioration des résultats généraux du programme²⁹ pour les populations-clés et vulnérables dans deux des maladies ou plus et être destinées à soutenir l'intensification, l'efficacité et l'alignement des interventions. Les candidatures doivent inclure, le cas échéant, des interventions qui remédient aux obstacles et aux faiblesses liés aux droits de l'Homme et au genre en matière d'accès aux services.
 - c. **Centrage des candidatures des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure** : les candidatures admissibles présentées par ces pays doivent centrer 100 pour cent de leur demande de financement sur des activités qui permettent de conserver ou d'intensifier les interventions fondées sur des éléments concrets auprès des populations-clés et vulnérables³⁰. Les candidatures doivent inclure, le cas échéant, des interventions qui remédient aux obstacles et aux faiblesses liés aux droits de l'Homme et au genre en matière d'accès aux services. Les candidatures peuvent également, le cas échéant, adopter de nouvelles technologies qui reflètent les meilleures pratiques mondiales et sont indispensables pour pérenniser les avancées et progresser vers l'endigement et/ou l'élimination des maladies. En outre, elles peuvent inclure des interventions visant à permettre la préparation à la transition en couvrant les besoins essentiels liés aux systèmes résistants et pérennes pour la santé de sorte à garantir leur viabilité, le cas échéant, et à améliorer la couverture et l'utilisation équitables des services.

²⁶ Conformément aux définitions de la politique d'admissibilité.

²⁷ Selon la définition qui en est donnée dans le Plan d'action en faveur des populations-clés (2014-2017).

²⁸ Interventions basées sur des éléments concrets qui : (i) ciblent des menaces émergentes pour la riposte globale à la maladie ; et/ou ii) ouvrent la voie à la riposte globale à la maladie et/ou créent des conditions favorisant une meilleure prestation de services ; et/ou iii) permettent le déploiement de technologies nouvelles représentant les meilleures pratiques mondiales ; et iv) sont insuffisamment subventionnées.

²⁹ En favorisant une couverture et un recours équitables en tenant compte de l'un des points suivants ou de préférence tous : (i) disponibilité des services ; (ii) accès aux services ; (iii) utilisation des services ; (iv) qualité des services ; **et** (v) insuffisance du financement.

³⁰ Pour les candidatures des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure avec une charge de morbidité « critique », cela peut inclure l'intensification des principales composantes programmatiques sous réserve qu'ils ne puissent pas remplacer le financement national existant de ces interventions.

TROISIÈME PARTIE : COFINANCEMENT

1. **Définition** : dans le contexte du Fonds mondial, le cofinancement correspond à l'ensemble des ressources publiques et des contributions privées nationales³¹ qui financent le secteur de la santé et les plans stratégiques nationaux soutenus par le Fonds mondial. Les ressources publiques nationales comprennent : les recettes et les emprunts publics, l'assurance-maladie sociale et les revenus dégagés grâce à l'allègement de la dette, y compris les accords Debt2Health établis avec le Fonds mondial. À l'exception des prêts et de l'allègement de la dette, toutes les autres formes d'aide internationale, même lorsqu'elles sont distribuées au travers de budgets publics, ne sont pas considérées comme du cofinancement.
2. **Portée et applicabilité** :
 - a. Toutes les composantes dans le pays qui peuvent prétendre à un financement du Fonds mondial doivent répondre aux exigences de cofinancement pour obtenir des fonds.
 - b. Les exigences de cofinancement pour accéder aux fonds au-delà des sommes allouées au pays seront soumises aux règles régissant l'utilisation de ces fonds, telles qu'énoncées dans [insérer le renvoi à la décision et/ou la politique relative(s) à la méthodologie d'allocation]³².
 - c. Les candidatures régionales et multi-pays, ainsi que les candidats autres que des instances de coordination nationale, ne sont pas tenus de respecter les exigences de cofinancement décrites dans la présente politique.
3. **Les exigences de cofinancement** sont doubles et servent à renforcer le financement global consacré au secteur de la santé ainsi que la pérennité des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme. Ces exigences incluent :
 - a. l'accroissement progressif des dépenses publiques pour la santé en vue de répondre aux objectifs nationaux de couverture sanitaire universelle ;
 - b. l'augmentation avérée du cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial à chaque période d'allocation, en vue de prendre en charge progressivement les principaux coûts des plans nationaux de lutte contre les maladies.
4. **Accroissement progressif des dépenses publiques pour la santé en vue de répondre aux objectifs nationaux de couverture sanitaire universelle** :
 - a. Le Fonds mondial attend des gouvernements nationaux (et les encourage en ce sens) qu'ils respectent leurs engagements financiers à l'égard du secteur de la santé, conformément aux déclarations internationales officielles³³ et aux stratégies nationales.
 - b. Dans tous les pays, les politiques publiques relatives à la mobilisation et à l'utilisation efficaces des ressources nationales consacrées à la santé, qui s'appuient sur le principe d'appropriation nationale, joueront un rôle essentiel dans la démarche du Fonds mondial à l'égard du cofinancement.
 - c. Le Fonds mondial s'engage à soutenir les pays au travers de partenariats à tous les niveaux en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies de financement de la santé appropriées. Au travers de ses subventions, le Fonds mondial contribuera au financement de réformes et d'actions identifiées, nécessaires pour accroître les ressources nationales consacrées à la santé et permettre une plus grande efficacité et efficacité des dépenses de santé.
 - d. En collaboration avec les partenaires et au travers de plateformes internationales³⁴, le Fonds mondial encouragera activement les pays dont la charge de morbidité est « élevée », « grave » ou « critique »³⁵ pour deux composantes de maladie ou plus, et dans lesquels les dépenses publiques ne sont pas consacrées en priorité à la santé et/ou qui disposent d'une faible capacité à générer des recettes

³¹ Limitées aux contributions vérifiées des sociétés nationales et des organismes philanthropes qui financent les programmes stratégiques nationaux.

³² La référence correspondante sera ajoutée suite aux délibérations finales du Comité et du Conseil d'administration sur les investissements à effet catalyseur, telle que présentée dans le document du Conseil d'administration, et la décision y afférente, sur les améliorations apportées à la méthodologie d'allocation (GF/B35/05).

³³ Telles que la déclaration d'Abuja de 2001

³⁴ Telles que la Mécanisme de financement mondial.

³⁵ Telle que définie à l'annexe 1 de la politique d'admissibilité.

publiques,³⁶ à élaborer une stratégie de financement de la santé solide et à intégrer ses dispositions dans des cadres de développement nationaux (tels que les cadres de dépenses à moyen terme) avant fin 2020.

5. **Augmentation du cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial :**

- a. À mesure que les pays se développent sur le plan économique et augmentent leur capacité budgétaire, ils sont censés accroître leurs contributions aux programmes de lutte contre les maladies et aux systèmes de santé, conformément aux exigences de leurs plans nationaux et à leur capacité budgétaire, sur chaque période d'allocation.
- b. Les candidats doivent être en mesure de démontrer que le financement national absorbe progressivement les coûts des principales composantes programmatiques, telles que les ressources humaines et l'achat de médicaments et de produits essentiels, les programmes destinés à lever les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre, ainsi que les programmes ciblant les populations-clés et vulnérables.

6. **Mesures d'incitation au cofinancement pour produire un impact stratégique :**

- a. Afin d'encourager des investissements nationaux supplémentaires, une « incitation au cofinancement », au moins égale à 15 pour cent de la somme allouée par le Fonds mondial à chaque composante, sera octroyée suite à l'augmentation du cofinancement du programme de lutte contre la maladie et/ou des investissements connexes en faveur de systèmes résistants et pérennes pour la santé, pour autant que celle-ci :
 - i. représente au moins 50 pour cent de l'incitation au cofinancement pour les pays à faible revenu, et au moins 100 pour cent de l'incitation pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et ceux de la tranche supérieure ;
 - ii. soit investie dans les domaines prioritaires des plans stratégiques nationaux, conformément aux orientations en matière d'investissement élaborées avec les partenaires (y compris les orientations spécifiques aux régions, le cas échéant) ;
 - iii. soit attestée par l'affectation de fonds à des postes budgétaires spécifiques ou d'autres mécanismes de garantie convenus.
- b. **Centrage des investissements nationaux en vue d'obtenir l'incitation au cofinancement :** l'obtention de l'incitation au cofinancement par chaque composante dans le pays sera déterminée au cas par cas par le Secrétariat en tenant compte du contexte national, y compris des considérations relatives à la marge de manœuvre budgétaire. Le montant de l'incitation au cofinancement sera proportionnel au niveau de cofinancement supplémentaire fourni par le pays, à moins de présenter une justification solide. En général, les paramètres suivants s'appliqueront lors de l'évaluation des contributions au cofinancement³⁷ :
 - i. Pour les pays à faible revenu, indépendamment de leur charge de morbidité, les contributions au cofinancement ne sont pas limitées au programme de lutte contre la maladie ou aux coûts connexes des systèmes résistants et pérennes pour la santé, et ces pays ont la possibilité de démontrer que leur investissement est consacré à 100 pour cent aux interventions liées à ces systèmes.
 - ii. Pour les pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure, les contributions au cofinancement doivent être alignées sur les domaines prioritaires identifiés au sein du programme de lutte contre la maladie ou des systèmes résistants et pérennes pour la santé, avec un minimum de 50 pour cent consacré aux interventions menées dans le cadre du programme de lutte contre la maladie.
 - iii. Pour les pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure dont la charge de morbidité est « élevée », « grave » ou « critique », les contributions au cofinancement doivent être alignées

³⁶ Notamment les pays dans lesquels la santé représente moins de huit pour cent des dépenses publiques et/ou dans lesquels les recettes fiscales sont inférieures à quinze pour cent du PIB.

³⁷ Les niveaux de revenus ont fondés sur les définitions de la politique d'admissibilité.

sur les domaines prioritaires identifiés au sein du programme de lutte contre la maladie ou des systèmes résistants et pérennes pour la santé, avec un minimum de 75 pour cent consacré aux interventions menées dans le cadre du programme de lutte contre la maladie. Dans les pays dont la charge de morbidité est « faible » ou « modérée », les candidats sont encouragés à démontrer qu'une plus grande part de leurs contributions nationales sera destinée à lever les obstacles systémiques à la transition et à la pérennité³⁸.

- iv. Pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, indépendamment de leur charge de morbidité, les contributions au cofinancement doivent être centrées sur les composantes de maladie et les activités liées aux systèmes résistants et pérennes pour la santé afin de lever les obstacles à la transition³⁹, avec un investissement minimum de 50 pour cent dans les composantes de maladie ciblant les populations-clés et vulnérables, en fonction du contexte national.
- c. Afin de permettre une certaine souplesse et des solutions sur mesure qui répondent aux besoins nationaux, une part de la somme allouée au pays, dont « l'incitation au cofinancement », peut être considérée comme la composante de la subvention correspondant aux mécanismes de financement novateurs que le Secrétariat pourra examiner (Première partie, paragraphe 7).

7. Respect des exigences de cofinancement :

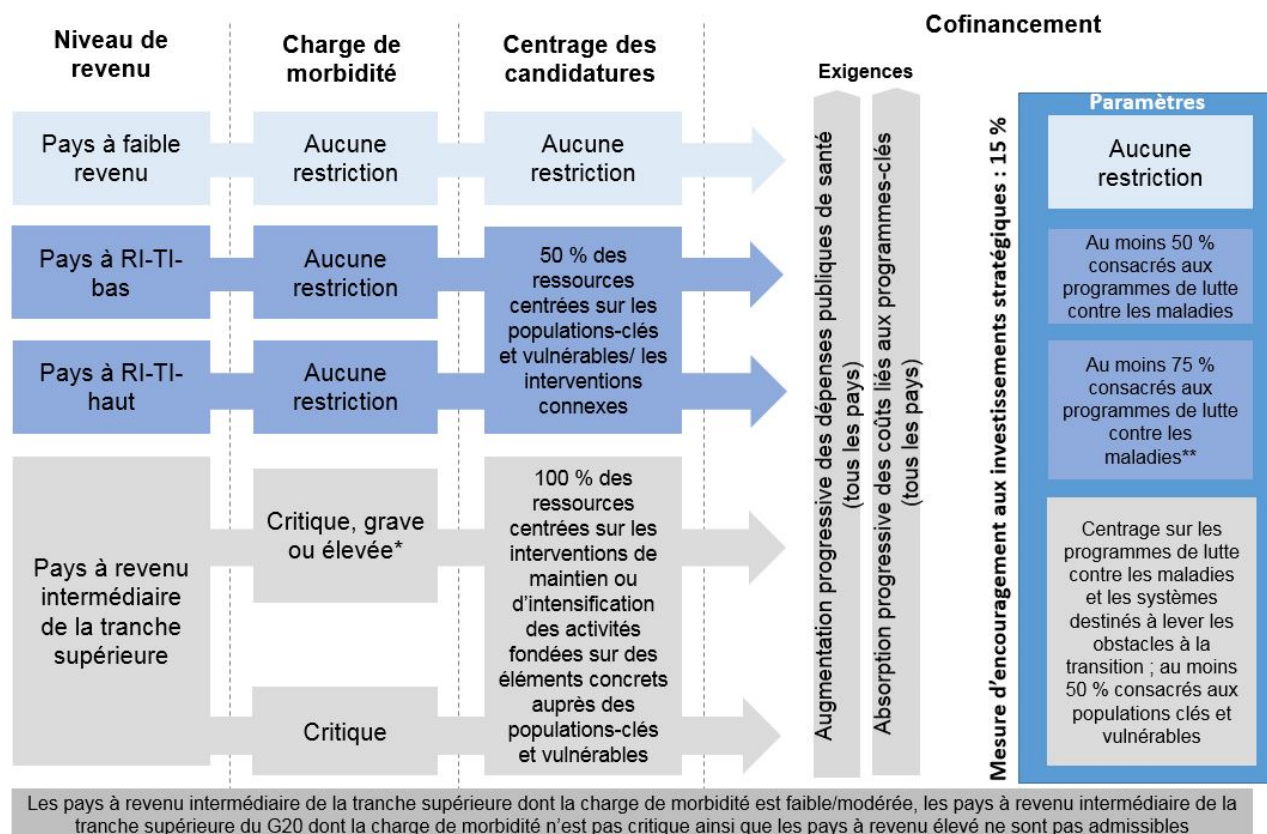
- a. Le Secrétariat travaillera en concertation avec les principales parties prenantes, y compris les ministères des Finances et de la Santé, afin de s'assurer que les engagements relatifs au cofinancement disposent de l'approbation nécessaire des autorités publiques concernées. Les pays doivent fournir la preuve que leurs engagements de cofinancement ont reçu l'aval du ministère des Finances ou d'autres organes compétents.
- b. Les exigences de cofinancement seront mesurées séparément pour le secteur de la santé dans son ensemble et pour chaque programme de lutte contre la maladie. Lors de l'évaluation de la conformité, le Secrétariat tiendra compte des facteurs macroéconomiques, budgétaires et contextuels pertinents pour le pays.
- c. Si un pays n'est pas en mesure d'apporter la preuve de l'accroissement progressif des dépenses publiques pour la santé et/ou de prendre les engagements supplémentaires nécessaires pour accéder à la totalité de « l'incitation au cofinancement » du fait de circonstances particulières, le candidat pourra demander l'exemption partielle ou totale des exigences au stade de la candidature ou pendant la mise en œuvre de la subvention. Toute exemption des exigences de cofinancement nécessitera une justification solide ainsi qu'un plan pour remédier aux déficits de financement, et sera examinée au cas par cas.
- d. Sauf en cas d'exemption des exigences par le Secrétariat, l'incapacité à apporter la preuve d'une augmentation progressive des dépenses publiques pour la santé et/ou à remplir d'autres engagements relatifs au cofinancement sera prise en compte dans les sommes allouées ultérieurement au pays. Le Secrétariat peut également, à sa discrétion, retenir une part proportionnelle des décaissements du Fonds mondial ou réduire les montants annuels des subventions pendant la période de mise en œuvre de la subvention, si les engagements approuvés ne se concrétisent pas.
- e. Le Secrétariat établira des mécanismes pour le suivi annuel des engagements spécifiques relatifs au cofinancement, alignés sur les systèmes nationaux de communication de l'information.
- f. Afin de disposer d'une base fiable pour le suivi des engagements et des dépenses des autorités publiques, les candidats peuvent demander des interventions visant à renforcer les systèmes publics de gestion financière dans le cadre des candidatures présentées au Fonds mondial. De plus, le Fonds mondial investira au travers de ses subventions et de ses partenaires pour soutenir l'institutionnalisation de méthodes normalisées de suivi des dépenses liées à la santé et aux maladies.

³⁸ Identifiés par le pays au moyen d'une évaluation de l'état de préparation à la transition, d'un plan de travail en vue de la transition, des plans stratégiques nationaux ou d'autres évaluations pertinentes.

³⁹ Comme ci-dessus.

QUATRIÈME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉSENTE POLITIQUE

1. Le Fonds mondial reconnaît que le contexte du pays constitue un facteur essentiel pour progresser vers la pérennité, la transition et un cofinancement accru, et qu'une seule politique ne sera pas en mesure de couvrir toutes les situations. Le Secrétariat examinera au cas par cas les éventuelles exceptions à la présente politique, en tenant compte du contexte national et des considérations relatives à la marge de manœuvre budgétaire, ainsi que d'autres facteurs pertinents.
2. Les pays classés dans la catégorie des « contextes d'intervention difficile » peuvent bénéficier, au cas par cas, d'une certaine souplesse concernant les exigences énoncées dans la présente politique et/ou dans la politique relative aux contextes d'intervention difficile, telles que modifiées ponctuellement. Le Secrétariat déterminera si cette souplesse est appropriée suivant la nature ou la raison de la classification du pays dans cette catégorie. Comme mentionné dans la politique relative aux contextes d'intervention difficile, la classification d'un pays dans cette catégorie ne garantit pas automatiquement l'obtention d'une certaine souplesse.
3. Le Fonds mondial continuera à suivre et à évaluer le processus de transition ainsi que ses résultats afin d'éclairer les politiques et les meilleures pratiques relatives à la transition et à la pérennité, en vue de produire un impact stratégique, et présentera des points d'information réguliers au Comité de la stratégie.

Figure A : Schéma de présentation de l'admissibilité, du centrage des candidatures et du cofinancement

* Les petites économies insulaires sont admissibles si leur charge de morbidité est faible à modérée.

** Les pays dont la charge de morbidité est faible ou modérée sont encouragés à démontrer, pour les composantes du pays, un accroissement de la part des contributions nationales destinées à lever les obstacles systémiques à la transition et à la pérennité.