

Organisation du financement du dépistage du VIH à base communautaire en Côte d'Ivoire : une recherche d'efficacité potentiellement contre-productive ?

Organization of funding for community-based HIV testing in Côte d'Ivoire: potentially counterproductive search for efficiency?

Assoumou A.A.¹, Bekelync A.², Carillon S.², Kouadio B.A.¹, Ouantchi H.¹, Doumbia M.¹, Larmarange J.², Koné M.¹

¹ Université Félix Houphouët Boigny, Institut d'éthnosociologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Centre population et développement (Ceped), Université Paris Descartes, IRD France

Article accepté le 07/08/2019

Résumé. *Objectif* : Depuis le début des années 2010, le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar) et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ont accentué leurs stratégies de gestion axée sur les résultats (GAR). Les conditions de décaissements sont de plus en plus exigeantes pour les organisations non gouvernementales (ONG) financées (atteinte d'objectifs chiffrés, réalisation de compte rendu et de contrôles des activités fréquents) et leur rémunération dépend des résultats atteints. Cet article vise à analyser les effets de ce renforcement des politiques fondées sur le *new public management* sur la mise en œuvre locale des activités, à travers l'exemple du dépistage du VIH à base communautaire. *Méthodes* : Dans trois districts sanitaires de la Côte d'Ivoire, nous avons réalisé, en 2015 et 2016, une cartographie des acteurs impliqués dans le dépistage communautaire et des entretiens semi-directifs auprès de membres des ONG dites « communautaires » ($n = 18$). *Résultats* : Le financement des organisations en charge du dépistage au niveau local transite par des organisations intermédiaires selon un système pyramidal complexe. Combiné à la lourdeur des comptes rendus d'activité et de la validation des données, cela génère des retards dans le décaissement des fonds et réduit fortement le temps effectif de mise en œuvre des activités, soit moins de la moitié du temps prévu à cet effet. *Conclusion* : Cette managérialisation – aussi bien du Pepfar que du Fonds mondial – produit ainsi des effets contre-productifs contre lesquels elle était censée lutter.

Mots clés : aide internationale, *new public management*, ONG communautaire, dépistage du VIH, Côte d'Ivoire.

Correspondance : Assoumou AA
<assoumnel@yahoo.fr>

Abstract. *Objective*: Since the early 2010s, the President's Emergency Plan for AIDS Relief (Pepfar) and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria have stiffened their result-based management strategies. Disbursement conditions are increasingly demanding for funded NGOs (achievement of quantified objectives, frequent reporting, and monitoring of activities), and their remuneration depends on the results achieved. This article aims to analyze the effects of this strengthening of policies based on New Public Management on local implementation of activities, based on the example of community-based HIV testing. *Methods*: In three health districts of Côte d'Ivoire, in 2015 and 2016, we mapped the actors involved in community-based HIV testing and conducted semi-directive interviews with members of the community-based NGOs ($n = 18$). *Results*: The funding of local HIV testing organizations is channeled through intermediary organizations according to a complex pyramid system. This, combined with cumbersome activity reporting and data validation, results in delays in the disbursement of funds and significantly reduces the actual time available to implement activities, i.e., to less than half the time planned for this purpose. *Conclusion*: This managerialization – of both Pepfar and the Global Fund – produces the counterproductive effects against which it was supposed to fight.

Key words: *international aid, New Public Management, community-based NGO, HIV testing, Côte d'Ivoire.*

Introduction

Au début des années 2000, face à l'urgence de l'épidémie du VIH/sida, de nouveaux mécanismes de financements ont émergé, notamment le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 et le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar) en 2003 [1]. Dès le départ, ces mécanismes innovants ont été fondés sur les principes du *new public management*, de l'*evidence-based policy* (EBP) et de la gestion axée sur les résultats, dans la mouvance des débats sur l'efficacité de l'aide qui conduiront à la Déclaration de Paris en 2005 [2]. Grâce à ces financements exceptionnels, l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) sur l'ensemble du continent africain est devenu possible, nécessitant comme condition préalable une intensification des stratégies de dépistage.

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, qui a longtemps été l'épicentre de l'épidémie dans la région ouest-africaine, le dépistage était jusqu'alors essentiellement proposé aux patients symptomatiques, aux femmes enceintes et aux tuberculeux dans des structures de santé ; tandis qu'en population générale, il était principalement proposé au sein de centres de dépistage volontaire (CDV) créés par des organisations non gouvernementales (ONG) et fondés sur une démarche personnelle des individus [3]. Avec l'arrivée du Fonds mondial et du Pepfar, la gratuité du dépistage a pu être adoptée dans les structures de santé en 2004, en plus des CDV au sein desquels elle était déjà effective [4]. Le dépistage a ensuite été progressivement décentralisé et déconcentré, conduisant à l'expansion de sa proposition au sein des structures sanitaires ainsi qu'au développement de stratégies dites « hors les murs » (porte-à-porte, lieux de travail, écoles, marchés, etc.) [5, 6]. Le Pepfar, qui finance la lutte contre le VIH/sida à hauteur d'environ 80 % en Côte d'Ivoire, est chargé de l'appui technique des activités cliniques et « communautaires » (prévention, dépistage hors les murs, visites à domicile, etc.) dans 79 districts sanitaires sur les 82 du pays, le Fonds mondial se chargeant des trois districts restants [7]. Pour les activités « communautaires », le Fonds mondial intervient également aux côtés du Pepfar dans une trentaine de districts sanitaires.

Depuis quelques années, dans un contexte de tassement des financements et de chronicisation de la maladie nécessitant des besoins croissants, ces deux grands bailleurs de la lutte contre le VIH/sida ont accentué leur recherche d'optimisation de leurs ressources financières afin de produire un impact plus important. Dans le cas du Fonds mondial, cela s'est concrétisé par l'élaboration du nouveau modèle de financement (NMF), élaboré en 2012-2013 et mis en œuvre en 2014 [8] ; dans le cas du Pepfar, par l'élaboration du *Pepfar 3.0. Controlling the epidemic: delivering on the promise of an AIDS-free generation* en 2014 [9]. Cela s'est traduit par le renforcement de la gestion axée sur les résultats, avec des décaissements effectués aux ONG si elles remplissent des conditions préalables de plus en plus exigeantes (atteinte d'objectifs chiffrés, réalisation de compte rendu et de contrôles des activités fréquente) et une rémunération dépendant des résultats atteints [10, 11].

Dans cet article, nous interrogeons la manière dont ce renforcement de la gestion axée sur les résultats a eu un impact sur les activités de dépistage mises en œuvre par des ONG dites « à base communautaire ».

Matériel et méthodes

Cadre de l'étude

Nous avons mené une enquête qualitative s'inscrivant dans un projet plus global intitulé « Demande et offre de dépistage du VIH et des hépatites virales B et C en Côte d'Ivoire » (ANRS 12323 DOD-CI). Cette sous-étude a été conduite en 2015-2016 et a porté sur la mise en œuvre locale des politiques publiques de dépistage du VIH dans trois districts sanitaires ivoiriens, choisis pour leur diversité :

- le district de Man, dans l'ouest du pays, couvrant une ville de taille moyenne (environ 200 000 habitants) et les zones rurales environnantes et dont les activités de dépistage sont financées par le Pepfar et le Fonds mondial ;
- le district d'Aboisso dans le Sud-Est, couvrant une ville de petite taille (environ 50 000 habitants) et les zones rurales environnantes, situé sur l'axe routier économique Abidjan-Lagos et dont les activités de dépistage sont financées par le Fonds mondial ;
- le district de Cocody-Bingerville situé à Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, et dont les activités de dépistage sont financées par le Pepfar.

Données collectées

Dans les trois districts choisis, nous avons procédé à une cartographie des acteurs impliqués dans le dépistage du VIH. Cette cartographie a été effectuée à partir des cartes des districts sanitaires et des listes des acteurs du dépistage, fournies par les districts sanitaires et actualisées ensuite par les données de terrain. Pour cette analyse, nous avons restreint nos données aux acteurs impliqués dans le dépistage à base communautaire du VIH.

La cartographie a été complétée par des entretiens semi-directifs, réalisés avec 18 membres des organisations mettant en œuvre le dépistage à base communautaire :

- huit coordonnateurs de projet à Cocody-Bingerville (quatre), à Aboisso (deux) et à Man (deux) ;
- cinq chargés de suivi et évaluation à Cocody-Bingerville (un), à Aboisso (un) et à Man (trois) ;
- un superviseur des activités à Man ;
- quatre membres formés au dépistage appelés conseillers communautaires à Aboisso (un) et à Man (trois).

Traitement et analyse des données

Avec le consentement des personnes interrogées, les entretiens ont été enregistrés, transcrits puis anonymisés. En cas de refus d'enregistrement d'un entretien, une prise de notes manuelle a été effectuée puis saisie informatiquement et anonymisée. Ces différents matériaux ont été importés sur le logiciel NVivo 11 afin de procéder à une codification thématique [12]. Les thèmes portaient sur les formes de dépistage à base communautaire, les acteurs impliqués dans le financement, les procédures de comptes rendus et de validation des données ainsi que les budgets.

Les données issues de la cartographie des acteurs ont permis de constituer, pour chaque district sanitaire, un organigramme de financement des activités de dépistage à base communautaire, mettant en évidence : les bailleurs (qui financent les activités), les organisations intermédiaires (généralement des

ONG internationales appelées « récipiendaires principaux » dans le langage du Fonds mondial et « ONG de mise en œuvre » dans le langage du Pefpar, par lesquelles transitent les financements) et les organisations d'exécution (généralement des ONG locales, qui exécutent les activités sur le terrain et qui bénéficient d'un appui technique et matériel des organisations intermédiaires).

Autorisation éthique

Le projet ANRS 12323 DOD-CI a reçu le 5 mai 2015 une autorisation de mise en œuvre (n° 019/MSLS/CNER-dkn) du Comité national de l'éthique et de la recherche du ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.

Résultats

Plusieurs formes de dépistage à base communautaire

Dans les trois districts sanitaires observés, le dépistage à base communautaire peut prendre plusieurs formes :

- (i) dans les CDV au sein des structures de santé ;
- (ii) dans les CDV autonomes ;
- (iii) hors les murs en populations clés ;
- (iv) hors les murs en populations vulnérables ;
- (v) hors les murs en population générale.

Le dépistage volontaire dans des structures de santé (i) est réalisé par des agents communautaires installés dans les CDV au sein des structures de santé (hôpitaux, centres de santé urbains, centres antituberculeux, etc.). Les clients peuvent être des patients se présentant volontairement ou référés par des professionnels de santé de la structure (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.). Le dépistage volontaire dans les CDV autonomes (ii) est réalisé par les membres des organisations d'exécution dans une salle dédiée au dépistage, généralement dans leur siège social. Le dépistage hors les murs correspond à des activités effectuées par des conseillers communautaires en dehors des structures de santé et des CDV. Ces activités peuvent viser les populations clés, c'est-à-dire les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (iii) ; des populations dites vulnérables à savoir les tresseuses, les transporteurs, les jeunes filles de 15 à 24 ans, etc. (iv) ; la population générale, c'est-à-dire toute personne désireuse de connaître son statut sérologique (v).

Système de financement : des chaînes à plusieurs maillons d'acteurs

Quel que soit le bailleur (Pepfar ou Fonds mondial), les financements sont structurés suivant des chaînes à plusieurs maillons d'acteurs.

Dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville, les activités sont exclusivement financées par le Pepfar (*figure 1A*). Les financements du Pepfar (premier niveau) pour le dépistage à base communautaire transitent par deux organisations intermédiaires (HOPE-CI et Heartland Alliance International, deuxième niveau). Ces organisations sont chargées d'appuyer techniquement et matériellement des organisations d'exécution ou « ONG locales » (troisième niveau). HOPE-CI est en charge du dépistage hors les murs des populations vulnérables et

appuie trois organisations d'exécution, tandis que Heartland Alliance International soutient une organisation pour le dépistage hors les murs des populations clés. Dans ce district sanitaire, il n'y a pas de CDV dans les structures de santé, le dépistage étant réalisé par des professionnels de santé.

Dans le district sanitaire d'Aboisso, le dépistage à base communautaire est financé exclusivement par le Fonds mondial (*figure 1B*). Dans son système de financement, le Fonds mondial (premier niveau) finance deux organisations intermédiaires : le projet Organisation du corridor Abidjan-Lagos (OCAL) dans le cadre d'une subvention sous-régionale et ALLIANCE-CI dans le cadre d'une subvention nationale (deuxième niveau). Le projet OCAL collabore directement avec une organisation d'exécution (MIGRONS) dite « sous-réceptiendaire », pour le dépistage hors les murs en populations clés. ALLIANCE-CI délègue sa fonction à une autre organisation intermédiaire « sous-réceptiendaire » (le Réseau ivoirien des personnes vivant avec le VIH [RIP+]) basée à Abidjan (troisième niveau). Cette dernière intervient auprès d'une organisation d'exécution appelée « sous-sous-réceptiendaire » (ONG Eloé), bien implantée au niveau local pour le dépistage hors les murs en population générale (quatrième niveau). Or, si Eloé réalise une partie des activités, elle sous-traite l'autre partie avec une autre organisation d'exécution (ONG LASA) pour le même type de dépistage (cinquième niveau).

Dans le district sanitaire de Man, les activités sont financées conjointement par les deux bailleurs, le Fonds mondial étant en charge du dépistage hors les murs en population générale et le Pepfar des autres formes de dépistage (*figure 1C*). Le dispositif Pepfar comprend toujours trois niveaux : bailleur, organisations intermédiaires et organisations d'exécutions. Dans ce dispositif, le financement des différentes formes de dépistage transite par des organisations intermédiaires différentes. Une même organisation d'exécution réalisant plusieurs formes de dépistage (comme l'ONG Initiative développement Afrique [IDE Afrique]) reçoit des fonds de deux organisations intermédiaires différentes. Dans le dispositif du Fonds mondial, la structuration est plus complexe. L'ONG Aposam, qui est une organisation d'exécution dans un autre district sanitaire (San Pedro), opère dans le district de Man comme organisation intermédiaire, sous-traitant la mise en œuvre effective des activités de dépistage à l'ONG ASAPSU.

Calendrier annuel des décaissements et des activités

Dans le système Pepfar, l'année fiscale commence en octobre et prend fin en septembre (*figure 2A*). Le processus de décaissement des fonds pour le démarrage des activités annuelles comprend cinq étapes :

- durant les trois premiers mois de l'année (octobre-décembre), le Pepfar valide les données produites par les organisations d'exécution qui étaient en contrat pendant l'année précédente ;
- les organisations intermédiaires procèdent à des appels à projets auxquels plusieurs organisations d'exécution postulent et sont ainsi mises en concurrence ;
- les organisations intermédiaires étudient les dossiers en vue de sélectionner les organisations d'exécution dont les projets

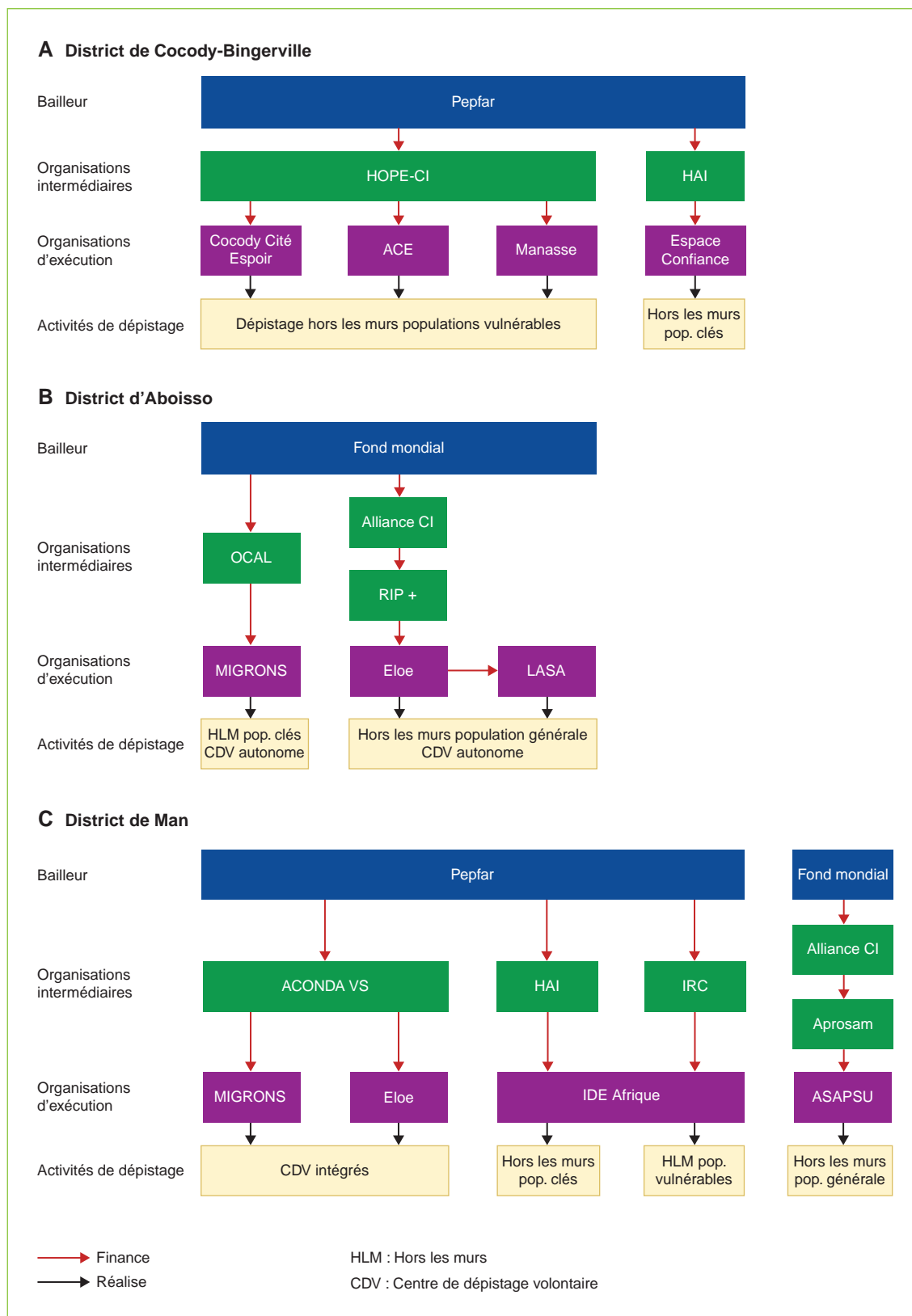


Figure 1. Organigramme de financement du dépistage à base communautaire dans les districts sanitaires de Cocody-Bingerville, Aboisso et Man (2015/2016).
Figure 1. Organization of funding for community-based screening in the health districts of Cocody-Bingerville, Aboisso, and Man (2015/2016).

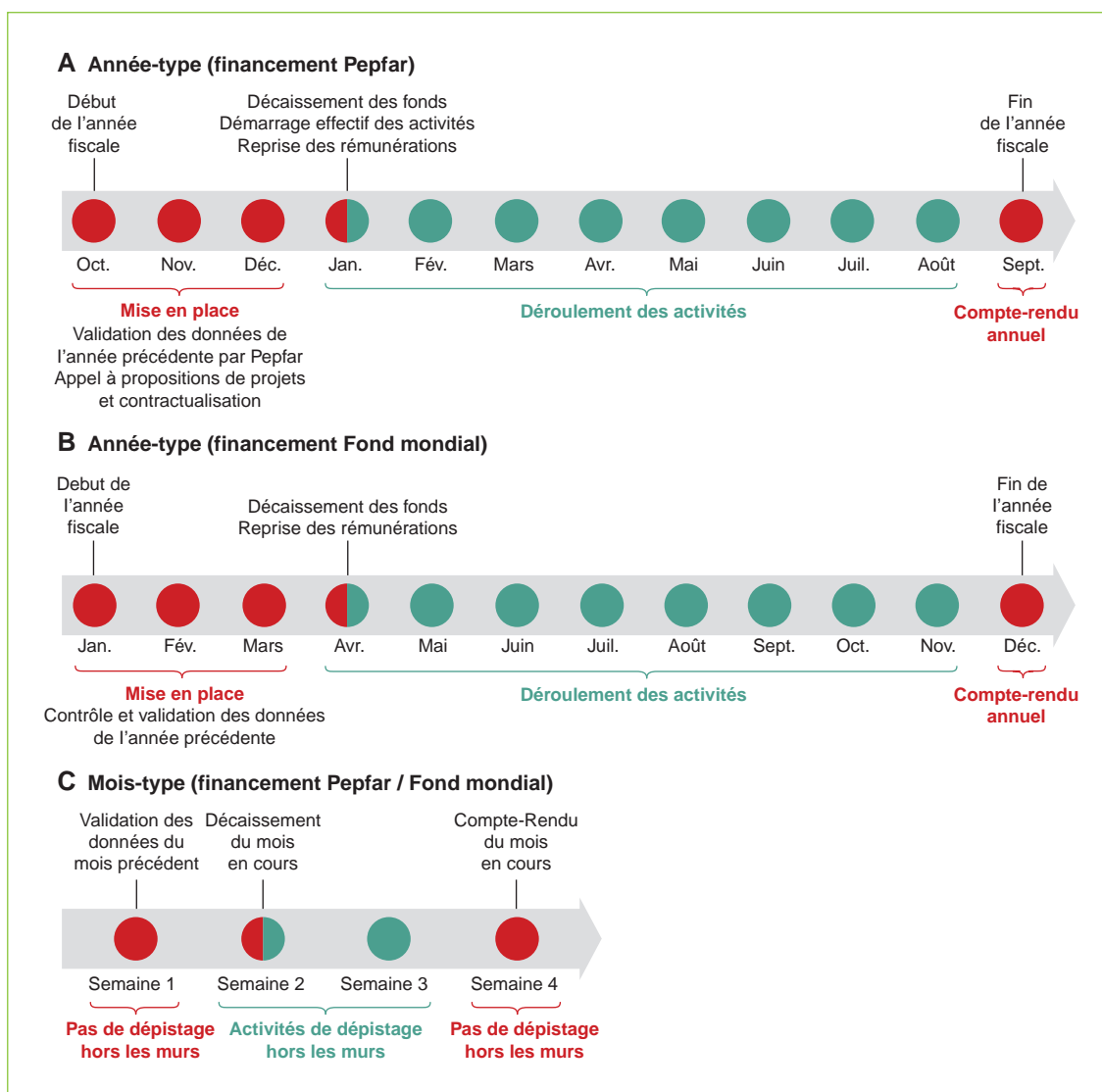


Figure 2. Année-type et mois-type des activités de dépistage des organisations d'exécution financées par le PEPFAR et le Fonds mondial (2015/2016).
Figure 2. Typical year and typical month of screening activities by the organizations implementing them and funded by PEPFAR and the Global Fund (2015/2016).

respectent le mieux les attentes du PEPFAR en termes de cible et de zones d'intervention ;

- s'engage alors une phase de contractualisation ;
- au terme de ce processus, les décaissements peuvent enfin être réalisés pour le démarrage effectif des activités en janvier ou février.

En fin d'année, le mois de septembre est consacré aux comptes rendus des activités annuelles.

Dans le système du Fonds mondial (*figure 2B*), le financement est multi-années (trois ans puis deux ans au moment de notre enquête, le nouveau modèle de financement n'étant pas mis en œuvre). L'année fiscale commence en janvier et prend fin en décembre. Le début de l'année fiscale est consacré à la validation des données et aux contrôles financiers de l'année précédente. Cette étape est effectuée à chaque niveau des chaînes d'acteurs. Vu le nombre d'acteurs concernés (quatre, voire cinq niveaux), elle s'étend sur trois ou quatre mois

(janvier à mars-avril), retardant les décaissements d'autant de mois. En décembre, en raison des comptes rendus d'activités annuels, les activités hors les murs ne peuvent avoir lieu.

Dans les deux systèmes, seuls huit à neuf mois dans l'année peuvent réellement être consacrés aux activités de dépistage hors les murs.

Calendrier mensuel des décaissements et des activités

Dans les deux systèmes, les décaissements mensuels sont conditionnés par deux mesures (*figure 2C*) : les comptes rendus d'activités (quatrième semaine du mois précédent) et le contrôle et validation des données par les organisations intermédiaires et par les bailleurs (première semaine du mois en cours). Pendant cette période d'une à deux semaines, les activités hors les murs sont à nouveau interrompues, seul le

dépistage dans les CDV autonomes et au sein des structures de santé est réalisé.

Budgets standardisés

Lors du dépistage hors les murs, la principale charge à couvrir concerne le transport des conseillers communautaires. Dans les deux systèmes, le processus de financement prévoit une prime de transport forfaitaire de 2500 francs CFA (environ 4 euros) par conseiller communautaire et par sortie, quelle que soit la distance qui sépare les différents sites d'intervention. Ces budgets standardisés, et parfois en deçà des frais réels, limitent la mise en œuvre des activités de dépistage éloignées : « *par exemple quand on doit mener une activité à X [localité située à 85 kilomètres du siège], le transport aller et retour tourne autour de 8000 francs CFA, alors que chaque conseiller reçoit 5000 francs CFA comme frais de transport par mois pour deux activités loin de l'axe [soit 2 500 francs CFA par activité]. Quand c'est comme cela, il y a problème. L'argent ne suffit pas pour une seule activité* » (conseiller communautaire).

Discussion

Dans le champ du VIH, les bailleurs internationaux choisissent de financer des acteurs non étatiques, à la fois pour atteindre les personnes les plus éloignées du système de santé [13] et pour contourner un système public perçu comme bureaucratique et peu performant [14]. Pour éviter d'avoir à gérer directement une multitude d'acteurs locaux et nationaux, le Pefpar et le Fonds mondial ont recours aux ONG internationales, faisant office d'intermédiaires. Ces organisations intermédiaires seraient davantage affranchies des lourdeurs hiérarchiques du système public, avec de bonnes capacités de gestion et d'absorption des fonds, dotées d'un crédit social élevé, permettant ainsi une utilisation *a priori* plus performante des financements [15]. Le recours à des ONG d'exécution aurait, quant à lui, l'avantage de permettre une adaptation locale de projets élaborés à une échelle globale aux réalités locales, adaptation censée garantir une bonne appropriation par les populations et un développement durable [16].

Bien que notre étude se soit limitée à trois districts sanitaires de la Côte d'Ivoire et qu'il aurait été pertinent de la compléter avec des entretiens auprès des bailleurs et des organisations intermédiaires, elle permet de mettre en évidence des effets pervers induits par ces formes de financements basés sur la performance.

Comme observé dans d'autres pays [17] et dans d'autres secteurs de l'aide au développement [16, 18], les dispositifs mis en place aboutissent à des systèmes pyramidaux complexes à plusieurs niveaux d'acteurs. Cette multiplicité des niveaux, combinée à des procédures lourdes en matière de comptes rendus d'activités, de contrôle et de validation des données ont tendance à augmenter les tâches administratives et à allonger les durées de traitement administratif au détriment des activités de dépistage proprement dites. Au final, entre les procédures annuelles et les procédures mensuelles, les activités de dépistage hors les murs ne peuvent être réalisées que moins de la moitié du temps prévu à cet effet. Les activités dans les CDV sont maintenues, mais de façon bénévole, les organisations d'exécution n'étant pas autorisées à préfinancer les salaires

des conseillers communautaires, démotivés, ces derniers peuvent abandonner leur poste afin de développer en parallèle des activités génératrices de revenus (commerce, travaux champêtres, etc.) afin de subvenir à leurs besoins : « *Souvent je fais trois ou quatre mois sans salaire, c'est après qu'on me paie [..] de temps en temps je demande de l'argent à l'infirmier mais cela devient récurrent donc j'ai fait un petit commerce* » (conseiller communautaire). Dans le système Pefpar, les salaires sont payés une fois les décaissements mensuels effectués ; dans le cas du Fonds mondial, les rémunérations ne se font que deux ou trois mois après la transmission du rapport d'activité mensuel.

Dans l'attente de leurs salaires, même si les primes de transports sont disponibles, les conseillers communautaires peuvent être amenés à suspendre les activités hors les murs dans les zones rurales éloignées car elles engendrent plus de frais que celles des zones proches : « *Au départ, on nous a dit que dès que les rapports leur parviendront, ils vont nous payer, mais nous attendons deux ou trois mois avant de percevoir nos salaires [..] quand c'est comme cela, nous n'avons pas le courage d'aller dans les zones éloignées. Nous réalisons uniquement les activités que nous avons prévues dans les quartiers en ville ici. Quand nos salaires viennent, nous reprenons les activités dans les zones éloignées* » (conseiller communautaire).

Alors que le recours à des acteurs locaux est mis en avant pour afficher une volonté d'adapter les activités aux différents contextes, la mise en place très en amont de montants forfaitaires pour les transports est un frein supplémentaire à la mise en œuvre des activités de dépistage. Si le Pefpar n'a pas de vocation initiale à élaborer ses stratégies de manière participative, des études ont montré que malgré la volonté affichée du Fonds mondial d'adopter une approche collaborative et alignée sur les besoins nationaux, l'élaboration des notes conceptuelles se fait généralement entre le secrétariat à Genève, les experts internationaux, le secrétariat des instances de coordination nationales (*country coordinating mechanism* [CCM]) et les récipiendaires principaux, les organisations d'exécution n'ayant ni le temps, ni les ressources, ni les compétences d'y participer [7, 19]. Au sein des débats sur l'aide internationale, cette étude apporte une nouvelle illustration des effets pervers de cette approche *top-down*, notamment dans le cas du Fonds mondial, pourtant fondé sur les principes de la participation et de l'alignement.

Conclusion

La recherche de la performance dans la gestion des financements du dépistage à base communautaire induit un système pyramidal complexe, des procédures lourdes de financement et des temps courts de mise en œuvre des activités. Ce processus produit ainsi ses propres effets contre-productifs contre lesquels il était censé lutter, limitant la mise en œuvre effective des activités de dépistage du VIH. Cette étude permet, *in fine*, de souligner la part de responsabilité des bailleurs et de nuancer celle des ONG à base communautaires (généralement mises en cause) dans la non-atteinte des objectifs fixés.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bekelynyck A. Le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : des vecteurs d'une utopie sociale aux partenaires d'une action publique. *Lien social et politiques* 2014 ; ; 129-49.
2. Nay O. Les politiques de développement. In : Borraz O, ed. *Politiques publiques 2. Changer la société*. Paris : Presses de Sciences Po « Académique ».
3. OMS, Onusida. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève : OMS, Onusida.
4. PNLS. *Document de politique, normes et procédures des services de dépistage du VIH en Côte d'Ivoire édition 2016*. Abidjan : PNLS.
5. OMS. *Bureau régional de l'Afrique. Stratégie de lutte contre le VIH/sida et les MST dans la région africaine*. Angola : OMS.
6. OMS. *Prévention et prise en charge de l'infection du VIH/sida et des autres IST ciblant les professionnels du sexe et leurs partenaires en Côte d'Ivoire*. Genève : OMS.
7. Bekelynyck A, Larmarange J, Masumbuko JM, Msellati P. *Le Fonds mondial : un bailleur comme les autres ? L'exemple de la Côte d'Ivoire | Transversal : VIH et sida aujourd'hui*. 2016. <https://transversalmag.fr/articles/407-Le-Fonds-mondial-un-bailleur-comme-les-autres-L-exemple-de-la-Cote-d-Ivoire> (accessed August 10, 2018).
8. Eboko F, Hane F, Demange E, Faye SL. Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial. *Mondes en développement* 2015 ; 43 : 59-73.
9. PEPFAR, The Office of the U.S., Global AIDS Coordinator (OGAC). *PEPFAR 3.0. Controlling the epidemic: delivering on the promise of an AIDS-free generation*, 2014.
10. Elbers W, Arts B. Comment joindre les deux bouts : les réponses stratégiques des ONG du Sud aux conditions imposées par les bailleurs de fonds. *Rev Int Sci Adm* 2011 ; 77 : 743-64.
11. Soriat C. *L'implication des acteurs associatifs béninois dans l'action publique de lutte contre le sida : entre domestication et prise de pouvoir*, 2015.
12. Côté D, Simard É, Lemay H, St-Amand C. *Guide pratique d'initiation à l'analyse d'entrevues semi-dirigées*. Canada, 2009.
13. Bonvalet P. Apports et limites des ONG dans la lutte contre le sida au Bénin. *L'Économie politique* 2007 ; ; 21-32. doi: 10.3917/leco.036.0021.
14. Atlani-Duault L. Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance ». *Autrepart* 2005 ; ; 3-17. doi: 10.3917/autr.035.0003.
15. Quéinnec E. La performance opérationnelle des ONG humanitaires : une analyse en termes d'enjeux institutionnels. *Revue Tiers Monde* 2003 ; ; 657-81. doi: 10.3917/rtm.175.0657.
16. Moreau S. Des associations des villes aux associations des champs en pays betsileo. *Etudes rurales* 2006 ;;(178):89-112.
17. Bastien V. Lutte contre de sida : collaboration entre ONG du Nord et associations du Sud. *Mobilisations collectives face au sida dans le monde* 2005 ; ; <http://www.faceaface.revues.org/289> (accessed September 28, 2017).
18. Pirrotte G, Poncelet M. Éveil des sociétés civiles en milieu urbain et organisations non gouvernementales : les exemples de Cotonou et Lubumbashi [*Emergence of civil groups in urban centres and non-governmental organisations: the examples of Cotonou and Lubumbashi*]. *Autrepart* 2002 ; ; 73-88. doi: 10.3917/autr.023.0073.
19. Tchiombiano S, Nay O, Eboko F. Le pouvoir des procédures. Les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratization : l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest. In : Gregoire E, Kobiane J-F, Lange M-F, (eds). *L'État réhabilité en Afrique. Réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*. Paris, 2018 : Paris, 2018. p. .



Guépard, région du mont Kenya, Kenya © Th. Éthevenin.