

28th Strategy Committee Civil Society Statement

** Français est ci-dessous **

This statement was developed in partnership with HIV, tuberculosis, and malaria advocates, organisations, and civil society networks worldwide, including the CHANGE coalition¹, COMPASS Africa,² the Global Fund Advocates Network (GFAN), and the Global Advocacy Data Hub (GADH).

Grant Cycle 7 Adaptations

We **thank the Secretariat for releasing detailed guidance** on the reprioritisation that adheres to Global Fund principles, clearly recommends prioritising community-focused activities, and recommends meaningful, non-tokenistic community engagement in the decision-making process.

At the same time, the reprioritisation process is unfolding amid a broader set of reforms and global funding disruptions that demand urgent reflection. We urge the Strategy Committee to assess whether longstanding shifts—such as changes to allocation methodology, eligibility policy, and portfolio simplification—remain fit-for-purpose in the current crisis. Streamlining must not come at the cost of responsiveness, equity, or meaningful participation. This moment requires more than technical adjustment. **It requires strategic realignment.** Civil society and communities are already experiencing the consequences of decisions that prioritise efficiency over access, and consolidation over inclusion.

Several early themes have emerged from community experiences of the ongoing GC7 reprioritisation exercise, requiring urgent remedying (see Case Studies below). These include:

- 1. Communities must be funded and supported to engage in all stages of decision-making about deallocation**—this is no ordinary grant revision process and cannot merely be a negotiation between Country Teams (CTs) and Principal Recipients (PRs). Communities cannot engage meaningfully without funds and poor quality decision-making will come as a result. A limited set of countries have received financial support to participate in consultations and the Community, Rights and Gender (CRG) Learning Hubs have provided ongoing outreach and support. However, the vast majority of countries have received no new resources for communities to engage, and Country Coordinating Mechanism (CCM) budgets do not have resources remaining for

¹ CHANGE (Community Health and HIV Advocates Navigating Global Emergencies) is a coalition of over 1,500 people from civil society and community-led organisations around the world. The coalition was created in January 2025 to respond to the health financing emergency triggered by the withdrawal of the United States government from foreign assistance.

² COMPASS (Coalition to build Momentum, Power, Activism, Strategy & Solidarity) Africa is a global civil society coalition that uses innovative, data-driven advocacy campaigns to influence HIV policy decisions, programmes and funding in Malawi, Tanzania, and Zimbabwe and at the global level.

unplanned consultations. This situation creates a real risk that community engagement in this major decision-making process in nearly all countries will be tokenistic and superficial.

2. We recommend the establishment of a **minimum funding floor for community systems strengthening (CSS)** and community-led monitoring (CLM), applicable even in contexts facing reprioritisation. Without such a safeguard, investments in accountability, equity, and rights will evaporate when most needed.
3. Community engagement expectations must extend beyond the initial two-week review period, but throughout the grant revision process. **Community representatives report that the CCM is being sidelined** in decision-making, with the view that reprioritisation decision-making has already taken place between the Country Teams (CT) and the Principal Recipients (PR).
4. **Integration into primary health care must protect accessible and acceptable care for Key and Vulnerable Populations (KVP), including through stand-alone, community-led clinics.** We strongly urge the Secretariat to prioritise working with countries to increase domestic resources for public sector-friendly services such as increasing retention, production and remuneration of human resources for health, supply chain, delivering quality facility-based services, programme management, and laboratory infrastructure on a realistic and phased schedule so service quality and access are not compromised. Service delivery points for KVP, such as drop-in centres (DIC) were explicitly created to address barriers to care for stigmatised and criminalised populations that persist in clinics and hospitals. Pressure to integrate programmes into overburdened, underfunded PHC is already disrupting access to life-saving services for these populations, while also compromising service delivery for the general population. Integration of KVP programmes into PHC cannot be treated as neutral. In many contexts, it eliminates rights-based, safe, and stigma-free services. The Global Fund must not allow this regression in the name of integration.
5. We urge the Secretariat to **track and report on the commitments made by governments** to assume responsibility for programme implementation, to ensure that any transition of donor-funded activities is phased, ethical, realistic and transparent, and does not result in life-saving activities being discontinued or defunded.
6. **We welcome efforts to scale up access to Lenacapavir for PrEP.** However, Gilead and the Global Fund's continued silence on the negotiated Lenacapavir price for the Global Fund means we do not know how many people will be reached per country. For some countries the allocation is minor (ie, Zimbabwe, \$240,000, representing coverage of only 1200 people per year if Gilead's price is assumed to be \$100/year). In addition, we seek clarification, is this new money including commitments from CIFF and other donor partners, or are these funds being taken from country allocations?
7. **Global Fund must urgently address the gaps left by the withdrawal of U.S. government funding.** We note that several countries with PEPFAR- and PMI-supported

health programs had allocation cuts that had no qualitative adjustments to account for the U.S. funding landscape. Removing funds from countries already facing serious implementation disruption and financial challenges creates serious risk to the continuity of life-saving services.

We further request that **deprioritised activities be tracked and published** in the register of Unfunded Quality Demand (UQD). Transparently monitoring which prioritised activities have been paused is an important need looking ahead to GC8 Funding Request development, and additionally as a tool for private resource mobilisation for urgent programmatic gaps. We urge the Secretariat to proactively report deprioritised activities and ensure that publicly-available grant budget data are updated in a timely fashion. Transparency into grant budget data is a fundamental prerequisite for fiscal governance and programmatic oversight.

We acknowledge the prospects for full conversion of Seventh Replenishment pledges remain highly uncertain and the risk of a significant gap between current grant commitments and available resources. We are concerned that these deallocation discussions are happening against a backdrop of **ongoing severe facility- and community-level service disruptions**. For example, in the case of HIV, case-finding of pediatrics, viral load monitoring, community level loss to follow up prevention, early infant diagnosis (EID), and advanced HIV disease (AHD) screening are all declining rapidly according to a recent survey of heavily impacted countries.³ Planning ahead of GC8 must holistically account for this funding landscape, including considering options such as **catalytic investments to address the gaps** left by donor withdrawal.

Finally, we acknowledge the steps that the Secretariat has taken to proactively streamline and evolve processes over time, and the efforts of the Board to approve policies and methodologies ahead of GC8. However, recognizing the current challenging context, we acknowledge the **likely need to revise core Global Fund policies**, including around allocation, eligibility, and TRP oversight. We urge transparent dialogue, regular reporting, and that decision-making be taken with the engagement of the Board and with clear communication to country partners, including communities. The need to respond to an emergency cannot come at the expense of good governance and transparency.

Country Case Studies of GC7 Reprioritization Experiences :

- On 7 February 2025, **Uganda's** Ministry of Health [issued a circular](#) requiring that all "stand-alone HIV/TB clinics must be phased out and integrated into general outpatient services." This builds on efforts since the MOH's publication of a [National Community Health Strategy](#) (NCHS) for the government to take an expanding role in implementing community-focused activities. Since then, many drop-in centres (DICs) for key populations have been shut down, such as formerly-USAID funded clinics in Districts across the Northeast and Southwest, disrupting access to HIV and TB treatment and prevention services for the last five months for Key and Priority Populations in the

³ [Clinton Health Access Initiative. HIV Market Impact Memo](#)

country. Integrating all key and vulnerable population-focused programmes into primary health care in criminalised contexts while preserving quality, safety, and access is not realistic. In parallel, on 1 July, the Uganda AIDS Commission announced the eviction of NAFOPHANU, the National Forum of People Living with HIV (PLHIV) from its office spaces by 14 July. As such, for the entire period of CCM engagement around the funding envelope, the PLHIV constituency of Uganda will be tasked with urgently fundraising for a new space, severely disrupting its ability to engage in the process.

- In **Tanzania**, during the implementation slow-down exercise, social and behavior change (SBC) interventions for malaria were stopped under the premise of not being life-saving. This action has effectively stopped all funding to community-led sub-recipients (SR) implementing the malaria grant. These organisations are now unable to engage in the GC7 reprioritization exercise since they have been defunded and have received no financial support to participate in CCM decision-making.
- In **Zimbabwe**, communities have raised concerns that there is no money for adequate engagement during this process, with a reliance on external funders to meet the need. This raises serious concerns about the continued funding of Community Systems Strengthening (CSS) activities, with three of the four pillars already having been deprioritized in GC7, and with several core components of the community-led monitoring (CLM) programme during the implementation slow-down exercise. Strong guidance is needed to clarify which CSS activities should be prioritized, including clarity around 'standalone' and 'mature' CLM programmes.
- In **Cote d'Ivoire**, there has been a reported reduction of civil society organisations' operating costs by 30%. This cutting of organizational funding, which comes at the same time as the suspension of PEPFAR contributions, will be a significant barrier to CSOs participation and engagement in decision-making and program implementation.
- In **Cameroon**, there is a risk of exclusion of certain populations or geographical areas, leading to disruption of service continuity and demobilisation of community human resources.

Looking ahead to Grant Cycle 8

Serving the communities most impacted by the three diseases is the primary goal of the Global Fund's Strategy. Decades of implementation science make clear that **community-led, peer-delivered, and community-based service delivery** are an integral pillar of the public health response. Yet community-led organisations face **significant barriers to serving as sub-recipients** (SRs), with only 30% of Global Fund PRs being civil society organisations⁴ and less than 10% being community-led organisations⁵. Local, trusted, peer-led organisations face challenges advocating in CCMs and engaging in the SR selection process, while also experiencing serious legal and bureaucratic barriers to serving as Global Fund implementers.

⁴ Global Fund. [The Global Fund's Funding for Community and Civil Society Organizations An analysis of Grant Cycle 5 and Grant Cycle 6](#). 19 July 2024.

⁵ Data Et cetera, amfAR. [The SCOPE Report](#). 4 July 2025 [pre-publication].

In the current fiscally-constrained environment, the Global Fund's proposals to reduce organisational overhead, applicant burden, and transition donor-supported programmes to government ownership will create huge risks to community-led implementation. We caution that in many contexts, **government PRs are not equipped to preserve community-led infrastructure** and implementation, particularly if transitions must conclude in very short timelines. Without pathways for governments to directly fund community-led organisations to deliver care, key and vulnerable populations will lose access to life-saving services.

Looking ahead to GC8, the Secretariat must:

1. Propose options for **directly funding community-led organisations** at the next Strategy Committee meeting ahead of the next Board Meeting. This pathway must include realistic eligibility requirements, light-touch reporting, and a pragmatic approach to address conflicts of interest and transparent selection processes. This process does not and should not undermine or replace the CCM and its decision-making roles.
2. In contexts without established social contracting mechanisms or where community-led organisations are criminalised and cannot be funded or legally recognised, we **strongly urge the preservation of dual-track financing**.
3. In any context where civil society or community-led activities are integrated or transitioned to government ownership, Global Fund must establish clear **red lines that preserve community leadership**. This must include commitments to ensure that programs are tailored to the specific needs of the community, hire paid community members rather than relying on volunteerism, and maintain the involvement of local organizations in decision-making processes.

Déclaration de la société civile - 28ème Comité de la Stratégie

Cette déclaration a été élaborée en partenariat avec des défenseurs du VIH, de la tuberculose et du paludisme, des organisations et des réseaux de la société civile du monde entier, notamment la coalition CHANGE⁶, COMPASS Africa⁷, le Global Fund Advocates Network (GFAN) et le Hub Mondial de Données pour le Plaidoyer (GADH).

Adaptations pour le cycle de subvention 7

Nous **remercions le Secrétariat d'avoir publié des orientations détaillées** sur la redéfinition des priorités qui respectent les principes du Fonds mondial, recommandent clairement de donner la priorité aux activités axées sur les communautés et recommandent un engagement significatif et non tacite des communautés dans le processus de prise de décision.

Dans le même temps, le processus de redéfinition des priorités s'inscrit dans un ensemble plus large de réformes et de perturbations du financement mondial qui exigent une réflexion urgente. Nous demandons instamment au comité stratégique d'évaluer si les changements opérés de longue date - tels que les modifications de la méthodologie d'allocation, de la politique d'éligibilité et de la simplification du portefeuille - sont toujours adaptés à la crise actuelle. La rationalisation ne doit pas se faire au détriment de la réactivité, de l'équité ou d'une participation significative. Ce moment exige plus qu'un simple ajustement technique. **Il faut un réalignement stratégique.** La société civile et les communautés subissent déjà les conséquences de décisions qui privilégient l'efficacité à l'accès, et la consolidation à l'inclusion.

L'expérience des communautés dans le cadre de l'exercice de repriorisation des priorités du CS7 a fait émerger plusieurs thèmes préliminaires auxquels il convient de remédier d'urgence (voir les études de cas ci-dessous). Ces thèmes sont les suivants :

- 8. Les communautés doivent être financées et soutenues pour participer à toutes les étapes du processus décisionnel concernant la réaffectation des fonds.** Il ne s'agit pas d'un simple processus de révision des subventions et cela ne peut se limiter à une négociation entre les équipes de pays (EP) et les bénéficiaires principaux (RP). Sans financement, les communautés ne peuvent pas s'engager de manière significative, ce qui se traduira par des décisions de mauvaise qualité. Un nombre limité de pays ont reçu un soutien financier pour participer aux consultations et les hubs d'apprentissage sur les communautés, les droits et le genre (CRG) ont assuré une sensibilisation et un soutien continu. Cependant, la grande majorité des pays n'ont reçu aucune nouvelle

⁶ CHANGE (Community Health and HIV Advocates Navigating Global Emergencies) is a coalition of over 1,500 people from civil society and community-led organisations around the world. The coalition was created in January 2025 to respond to the health financing emergency triggered by the withdrawal of the United States government from foreign assistance.

⁷ COMPASS (Coalition to build Momentum, Power, Activism, Strategy & Solidarity) Africa is a global civil society coalition that uses innovative, data-driven advocacy campaigns to influence HIV policy decisions, programmes and funding in Malawi, Tanzania, and Zimbabwe and at the global level.

ressource pour permettre aux communautés de s'engager, et les budgets des instances de coordination nationale (ICN) ne disposent pas de ressources suffisantes pour des consultations imprévues. Cette situation crée un risque réel que la participation des communautés à ce processus décisionnel majeur soit symbolique et superficielle dans presque tous les pays.

9. Nous recommandons la mise en place d'**un financement minimum pour le renforcement des systèmes communautaires (CSS)** et la surveillance dirigée par la communauté (CLM), applicable même dans les contextes où les priorités sont redéfinies. Sans une telle garantie, les investissements dans la responsabilité, l'équité et les droits s'évaporeront au moment où ils seront le plus nécessaires.
10. Les attentes en matière d'engagement communautaire doivent aller au-delà de la période initiale d'examen de deux semaines et s'étendre à l'ensemble du processus de révision des subventions. **Les représentants communautaires signalent que l'ICN est mis à l'écart** du processus décisionnel, car il est considéré que les décisions relatives à la redéfinition des priorités ont déjà été prises entre les équipes de pays (EP) et les bénéficiaires principaux (RP).
11. **L'intégration dans les soins de santé primaires doit garantir l'accès à des soins acceptables pour les populations clés et vulnérables (PCV), notamment par le biais de cliniques autonomes gérées par la communauté.** Nous exhortons vivement le Secrétariat à donner la priorité à la collaboration avec les pays afin d'augmenter les ressources nationales destinées aux services favorables au secteur public, tels que le maintien en poste, la formation et la rémunération des ressources humaines dans le domaine de la santé, la chaîne d'approvisionnement, la fourniture de services de qualité dans les établissements de santé, la gestion des programmes et les infrastructures de laboratoire, selon un calendrier réaliste et échelonné, afin que la qualité et l'accès aux services ne soient pas compromis. Les points de prestation de services destinés aux PCV, tels que les centres d'accueil (DIC), ont été créés explicitement pour lever les obstacles aux soins dont font l'objet les populations stigmatisées et criminalisées qui persistent dans les cliniques et les hôpitaux. La pression exercée pour intégrer les programmes dans des services de soins de santé primaires surchargés et sous-financés perturbe déjà l'accès de ces populations à des services vitaux, tout en compromettant la prestation des services à l'ensemble de la population. L'intégration des programmes destinés aux PCV dans les soins de santé primaires ne peut être considérée comme neutre. Dans de nombreux contextes, elle élimine les services fondés sur les droits, sûrs et exempts de stigmatisation. Le Fonds mondial ne doit pas permettre cette régression au nom de l'intégration.
12. Nous exhortons le Secrétariat à **suivre et à rendre compte des engagements pris par les gouvernements** pour assumer la responsabilité de la mise en œuvre des programmes, afin de garantir que toute transition des activités financées par les donateurs se fasse de manière progressive, éthique, réaliste et transparente, et n'entraîne pas l'interruption ou le retrait du financement d'activités vitales.

13. Nous saluons les efforts visant à élargir l'accès au lénacapavir pour la PrEP.

Cependant, le silence persistant de Gilead et du Fonds mondial sur le prix négocié du lénacapavir pour le Fonds mondial signifie que nous ne savons pas combien de personnes seront touchées par pays. Pour certains pays, l'allocation est minime (par exemple, le Zimbabwe, 240 000 dollars, ce qui représente une couverture de seulement 1 200 personnes par an si l'on suppose que le prix de Gilead est de 100 dollars par an). En outre, nous demandons des éclaircissements : ces nouveaux fonds incluent-ils les engagements du CIFF et d'autres partenaires donateurs, ou sont-ils prélevés sur les allocations nationales ?

14. Le Fonds mondial doit combler de toute urgence les lacunes laissées par le retrait du financement du gouvernement américain. Nous constatons que plusieurs pays bénéficiant de programmes de santé soutenus par le PEPFAR et la PMI ont subi des réductions budgétaires sans ajustements qualitatifs pour tenir compte de la situation financière des États-Unis. Le retrait des fonds accordés à des pays déjà confrontés à de graves perturbations dans la mise en œuvre et à des difficultés financières compromet sérieusement la continuité des services vitaux.

Nous demandons en outre que les activités **dont la priorité a été revue soient suivies et publiées** dans le registre des demandes de qualité non financées (UQD). Il est important de suivre de manière transparente les activités prioritaires qui ont été suspendues dans la perspective de l'élaboration de la demande de financement CS8, mais aussi comme outil de mobilisation de ressources privées pour combler les lacunes programmatiques urgentes. Nous exhortons le Secrétariat à signaler de manière proactive les activités dont la priorité a été revue et à veiller à ce que les données budgétaires relatives aux subventions accessibles au public soient mises à jour en temps utile. La transparence des données budgétaires relatives aux subventions est une condition préalable fondamentale à la gouvernance budgétaire et au contrôle des programmes.

Nous reconnaissons que les perspectives d'une conversion intégrale des engagements pris au titre du septième renforcement restent très incertaines et qu'il existe un risque important d'écart entre les engagements actuels en matière de subventions et les ressources disponibles. Nous sommes préoccupés par le fait que ces discussions sur la réaffectation des fonds aient lieu dans un contexte de **perturbations graves et persistantes des services au niveau des structures et des communautés**. Par exemple, dans le cas du VIH, le dépistage pédiatrique, la surveillance de la charge virale, la prévention des pertes de suivi au niveau communautaire, le diagnostic précoce chez les nourrissons (DPN) et le dépistage des cas de VIH à un stade avancé (AHD) sont tous en déclin rapide, selon une récente enquête menée dans les pays fortement touchés⁸. La planification en vue de la CG8 doit tenir compte de manière holistique de ce contexte de financement, y compris en envisageant des options telles que des **investissements catalyseurs pour combler les lacunes** laissées par le retrait des donateurs.

⁸ [Clinton Health Access Initiative, HIV Market Impact Memo](#)

Enfin, nous saluons les mesures prises par le Secrétariat pour rationaliser et faire évoluer les processus de manière proactive au fil du temps, ainsi que les efforts déployés par le Conseil d'administration pour approuver les politiques et les méthodologies avant la CG8. Toutefois, compte tenu du contexte difficile actuel, **nous reconnaissons la nécessité probable de réviser les politiques fondamentales du Fonds mondial**, notamment en matière d'allocation, d'éligibilité et de supervision du CTEP. Nous appelons à un dialogue transparent, à des rapports réguliers et à ce que les décisions soient prises avec la participation du Conseil d'administration et en communiquant clairement avec les pays partenaires, y compris les communautés. La nécessité de répondre à une situation d'urgence ne peut se faire au détriment de la bonne gouvernance et de la transparence.

Études de cas par pays sur les expériences de redéfinition des priorités du CS7 :

- Le 7 février 2025, le ministère de la Santé **de l'Ouganda** a [publié une circulaire](#) exigeant que toutes les « cliniques autonomes de lutte contre le VIH/la tuberculose soient progressivement supprimées et intégrées dans les services ambulatoires généraux ». Cette mesure s'inscrit dans le prolongement des efforts déployés depuis la publication par le ministère de la Santé d'une [stratégie nationale de santé communautaire](#) (NCHS) visant à renforcer le rôle du gouvernement dans la mise en œuvre d'activités axées sur la communauté. Depuis lors, de nombreux centres d'accueil pour les populations clés ont été fermés, tels que les cliniques anciennement financées par l'USAID dans les districts du nord-est et du sud-ouest, perturbant ainsi l'accès aux services de traitement et de prévention du VIH et de la tuberculose pour les populations clés et prioritaires du pays depuis cinq mois. Il n'est pas réaliste d'intégrer tous les programmes destinés aux populations clés et vulnérables dans les soins de santé primaires dans des contextes criminalisés tout en préservant la qualité, la sécurité et l'accès. Parallèlement, le 1er juillet, la Commission ougandaise de lutte contre le sida a annoncé l'expulsion du NAFOPHANU, le Forum national des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), de ses locaux avant le 14 juillet. Ainsi, pendant toute la durée de l'engagement avec l'ICN concernant l'enveloppe de financement, les PVVIH ougandais devront se charger de collecter d'urgence des fonds pour trouver un nouveau local, ce qui perturbera gravement leur capacité à participer au processus.
- En **Tanzanie**, pendant le ralentissement de la mise en œuvre, les interventions de changement social et comportemental (SBC) contre le paludisme ont été interrompues au motif qu'elles ne sauvent pas de vies. Cette mesure a effectivement mis fin à tout financement des sous-récepteurs communautaires (SR) qui mettaient en œuvre la subvention pour la lutte contre le paludisme. Ces organisations sont désormais dans l'incapacité de participer à l'exercice de redéfinition des priorités du GC7, car elles ont été privées de financement et n'ont reçu aucun soutien financier pour participer à la prise de décision de l'ICN.

- Au **Zimbabwe**, les communautés ont fait part de leurs préoccupations quant à l'absence de fonds pour garantir une participation adéquate à ce processus, qui dépend de bailleurs de fonds externes pour répondre aux besoins. Cela soulève de sérieuses inquiétudes quant à la poursuite du financement des activités de renforcement des systèmes communautaires (CSS), trois des quatre piliers ayant déjà été déclassés dans le CS7, et plusieurs éléments essentiels du programme de surveillance dirigé par la communauté (CLM) ayant été retardés lors de la phase de ralentissement de la mise en œuvre.
- En **Côte d'Ivoire**, une réduction de 30 % des coûts de fonctionnement des organisations de la société civile a été signalée. Cette réduction du financement des organisations, qui intervient en même temps que la suspension des contributions du PEPFAR, constituera un obstacle important à la participation et à l'engagement des OSC dans la prise de décision et la mise en œuvre des programmes.
- Au **Cameroun**, certaines populations ou zones géographiques risquent d'être exclues, ce qui pourrait perturber la continuité des services et entraîner la démobilisation des ressources humaines communautaires.

Perspectives pour le cycle de subventions 8

Servir les communautés les plus touchées par ces trois maladies est l'objectif principal de la stratégie du Fonds mondial. Des décennies de recherche sur la mise en œuvre montrent clairement que **les services communautaires, fournis par des pairs et basés dans les communautés**, constituent un pilier essentiel de la réponse en matière de santé publique. Pourtant, les organisations communautaires se heurtent à **d'importants obstacles pour devenir sous-récepteurs (SR)**, puisque seulement 30 % des PR du Fonds mondial sont des organisations de la société civile⁹ et moins de 10 % sont des organisations communautaires¹⁰. Les organisations locales, dignes de confiance et dirigées par des pairs ont du mal à se faire entendre au sein des ICN et à participer au processus de sélection des SR, tout en se heurtant à de sérieux obstacles juridiques et bureaucratiques pour devenir des agents d'exécution du Fonds mondial.

Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires, les propositions du Fonds mondial visant à réduire les frais généraux des organisations, la charge administrative des candidats et à transférer la propriété des programmes soutenus par les donateurs aux gouvernements créeront des risques énormes pour la mise en œuvre communautaire. Nous mettons en garde contre le fait que, dans de nombreux contextes, **les RP du gouvernement ne sont pas équipés pour préserver les infrastructures** et la mise en œuvre dirigées par les communautés, en particulier si les transitions doivent être menées à bien dans des délais très courts. Sans moyens permettant aux gouvernements de financer directement les organisations

⁹ Global Fund. [The Global Fund's Funding for Community and Civil Society Organizations An analysis of Grant Cycle 5 and Grant Cycle 6](#). 19 July 2024.

¹⁰ Data Et cetera, amfAR. [The SCOPE Report](#). 4 July 2025 [pre-publication].

communautaires pour la prestation de soins, les populations clés et vulnérables perdront l'accès à des services vitaux.

Dans la perspective du CS8, le Secrétariat doit :

4. Proposer des options pour le financement **direct des organisations communautaires** lors de la prochaine réunion du Comité stratégique, avant la prochaine réunion du Conseil d'administration. Cette voie doit inclure des critères d'éligibilité réalistes, des obligations de reporting allégées, une approche pragmatique pour traiter les conflits d'intérêts et des processus de sélection transparents. Ce processus ne doit en aucun cas compromettre ou remplacer l'ICN et ses rôles décisionnels.
5. Dans les contextes où il n'existe pas de mécanismes de contrats sociaux établis ou où les organisations communautaires sont criminalisées et ne peuvent être financées ou reconnues légalement, nous **recommandons vivement le maintien d'un double financement**.
6. Dans tous les contextes où les activités de la société civile ou dirigées par les communautés sont intégrées ou transférées à l'État, le Fonds mondial doit établir des **lignes rouges claires qui préservent le leadership communautaire**. Cela doit inclure des engagements visant à garantir que les programmes sont adaptés aux besoins spécifiques de la communauté, à embaucher des membres de la communauté rémunérés plutôt que de recourir au volontariat, et à maintenir la participation des organisations locales aux processus décisionnels.