

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Quatrième reconstitution des ressources (2014-2016)

Estimation des besoins

Table des matières

Première partie : Introduction	3
Deuxième partie : Prévion des besoins en ressources globaux pour 2014-2016	7
Troisième partie : Prévion des ressources autres que celles du Fonds mondial et déficit de financement	9
Quatrième partie : Impact potentiel de la satisfaction des besoins	13
Cinquième partie : Conclusion	17
Annexe A : Méthodologie utilisée pour estimer la demande et l'impact (VIH)	19
Annexe B : Méthodologie utilisée pour estimer la demande et l'impact (tuberculose)	21
Annexe C : Méthodologie utilisée pour estimer la demande et l'impact (paludisme)	25
Annexe D : Méthodologie utilisée pour estimer les financements nationaux et externes autres que ceux du Fonds mondial	31

Première partie : Introduction

1. Les récents progrès de la connaissance scientifique, les résultats tangibles des interventions à fort impact, la baisse des coûts et l'amélioration du savoir-faire en matière de mise en œuvre donnent à la communauté internationale les moyens de lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Des programmes de prévention, de soins et de traitement judicieux et efficaces auront un impact spectaculaire pour des millions de personnes en sauvant des vies et en améliorant l'existence des individus, à l'échelle des familles, des communautés et des pays, et allégeront le fardeau que ces trois maladies font peser sur le développement et la croissance économique. La communauté internationale se situe aujourd'hui à la croisée des chemins : elle doit choisir entre maintenir le niveau d'investissement actuel, ce qui signifierait que le nombre de nouvelles infections et de décès resterait élevé, ou accélérer les avancées pour transformer des épidémies caractérisées par des taux de transmission élevés en maladies faiblement endémiques, ce qui permettrait de sauver des millions de vies et d'éviter des coûts supplémentaires se chiffrant en milliards de dollars sur le long terme.

2. Ces dix dernières années, la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a enregistré des progrès exceptionnels, et obtenu un impact inimaginable au début des années 2000. Ces résultats sont le fruit du travail acharné des gouvernements, des soignants, des communautés, y compris des personnes affectées par les maladies, des organisations confessionnelles et du secteur privé, à l'échelle du globe. Les ressources engagées par les bailleurs de fonds tant nationaux qu'extérieurs ont joué un rôle fondamental dans la concrétisation de ces progrès. En 2000, 50 000 personnes seulement bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne alors qu'elles étaient près de six millions¹ en 2011. Il y a dix ans, le taux de détection des cas de tuberculose était de 43 pour cent et le taux de guérison atteignait tout juste 67 pour cent dans les 22 pays où la charge de morbidité de cette maladie est la plus élevée². En 2011, le taux de détection atteignait 66 pour cent, et le taux de guérison 87 pour cent. En Afrique subsaharienne, moins de cinq pour cent des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2000³. Dix ans plus tard, ce chiffre atteignait 53 pour cent, et des centaines de millions de moustiquaires supplémentaires ont été distribuées depuis. Plus encore que ce résultats, l'évolution de la mortalité atteste des progrès spectaculaires de la lutte contre les trois maladies. Entre 2005 et 2011, la mortalité liée au sida a baissé de 24 pour cent⁴. Le taux de mortalité de la tuberculose a quant à lui chuté de 41 pour cent entre 1990 et 2011⁵. Concernant le paludisme, et selon les estimations, le taux de mortalité au niveau mondial aurait baissé de 26 pour cent entre 2000 et 2010 ; pendant cette période, plus de la moitié des décès évités concernaient les dix pays les plus touchés par la maladie en 2000⁶. Ces dix dernières années, les efforts consentis ont sauvé près de 750 000 enfants dans 34 pays d'Afrique où le paludisme est

¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA, 2012.

² Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève : OMS, 2012.

³ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde. Genève : OMS, 2012.

⁴ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA, 2012.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève : OMS, 2012.

⁶ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde. Genève : OMS, 2012.

endémique. Plus révélateur encore, 85 pour cent de ces vies ont été sauvées ces cinq dernières années, période durant laquelle le financement a été multiplié par neuf⁷.

3. Grâce aux programmes spécifiques mis en œuvre dans les pays, au financement accru et aux récentes avancées scientifiques, les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement pour le VIH, la tuberculose et le paludisme sont à notre portée. La communauté internationale a enrayé la propagation du VIH et commencé d'inverser la tendance : la prévalence semble s'être stabilisée et le nombre de nouvelles infections à VIH, s'il reste considérable, baisse régulièrement depuis la fin des années 90⁸. L'incidence de la tuberculose diminue depuis 2002, et le nombre de cas recule depuis 2006⁹. L'incidence du paludisme et la mortalité liée à cette maladie baissent depuis 2000, et surtout depuis 2005¹⁰.

4. Malgré ces avancées considérables, le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme continuent de prélever un lourd tribut, tant humain qu'économique. On comptait quelque 2,7 millions de décès de causes liées au sida et à la tuberculose en 2011, et 660 000 décès liés au paludisme en 2010¹¹. Faute de ressources suffisantes pour financer la prévention, les soins et le traitement de ces maladies, le monde risque de perdre du terrain dans le combat qu'il mène. Il est important que la communauté internationale empêche les épidémies d'anéantir les progrès réalisés ces dix dernières années. Une recrudescence de ces maladies entraînerait des coûts qui deviendraient vraisemblablement impossibles à assumer.

5. Les décisions prises aujourd'hui par les pays maîtres d'œuvre et les donateurs détermineront si les progrès actuels peuvent être maintenus et les objectifs internationaux y afférents atteints, notamment ceux de l'appel du Secrétaire général des Nations Unies pour éliminer les décès liés au paludisme d'ici la fin de 2015, de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 et de la stratégie de l'ONUSIDA Zéro infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. C'est de ces décisions également que dépendra la réduction accélérée du nombre de cas de tuberculose et de la mortalité liée à cette maladie pour qu'à terme elle ne constitue plus un problème de santé publique mondial. Cette reconstitution des ressources est la dernière avant l'échéance fixée pour les objectifs du Millénaire pour le développement et donc, pour la communauté internationale, l'une des dernières occasions de se donner les moyens d'obtenir des résultats. Il est impératif de mobiliser les financements nécessaires afin de pérenniser les progrès et d'atteindre le point de basculement pour mettre les trois maladies en échec.

⁷ Faire reculer le paludisme. Collection Progrès et impact : Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources. Les dix premières années du partenariat RBM. <http://www.rbm.who.int/ProgressImpactSeries/report1.html>

⁸ OMS, ONUSIDA, UNICEF. La riposte mondiale au VIH/sida : Le point sur l'épidémie mondiale de VIH et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel. Rapport de situation 2011. Genève : OMS, 2011.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève : OMS, 2011.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2011 sur le paludisme dans le monde. Genève : OMS, 2011.

¹¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012 ; Organisation mondiale de la Santé, Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde ; Organisation mondiale de la Santé, Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde.

6. Après avoir mené des études et consulté ses partenaires clés aux niveaux national et international, le Fonds mondial estime que 87 milliards de dollars US seront nécessaires entre 2014 et 2016 pour fournir des services essentiels permettant de lutter efficacement contre les trois maladies à toutes les populations vulnérables des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire pouvant prétendre à ses financements. Ce niveau de financement requiert un effort conjoint de tous les partenaires et doit être envisagé comme une responsabilité partagée par les pays maîtres d'œuvre et la communauté internationale. Une contribution de 15 milliards de dollars US du Fonds mondial permettrait à cette communauté, si elle se mobilisait collectivement, de couvrir 87 pour cent du financement total nécessaire pour combattre avec succès les trois maladies pendant la période 2014-2016.

7. Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial est conçu pour favoriser des investissements plus stratégiques à travers un dialogue renforcé avec les candidats, un meilleur partenariat avec les gouvernements, la société civile et les communautés affectées, les partenaires techniques et les autres sources de financement externes, des calendriers plus souples et l'octroi de financements plus prévisibles. Un dialogue avec les pays plus précoce et de meilleure qualité améliorera la riposte aux maladies et permettra d'affecter les contributions de tous les partenaires de façon à combler intégralement le déficit de financement. Cette approche facilitera l'établissement des priorités pour les interventions et le financement en faveur des populations appropriées, qui sont de plus en plus des groupes très vulnérables, marginalisés et stigmatisés, notamment les jeunes femmes, les femmes enceintes et les enfants, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le nouveau modèle de financement met le Fonds mondial en position de soutenir les programmes particulièrement efficaces dans la lutte contre les maladies. Il s'efforce aussi d'aligner les investissements contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sur les stratégies sanitaires nationales, tout en renforçant les systèmes de santé et en servant de plate-forme pour promouvoir la santé des personnes, et pas seulement combattre des maladies spécifiques.

8. Le nouveau modèle de financement et ses avancées, de même que les nouvelles technologies et les nouveaux éléments attestant de l'efficacité des ripostes aux maladies ont été pris en compte dans les estimations préparées avec les partenaires techniques pour identifier les besoins financiers potentiels des pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial entre 2014 et 2016.

Deuxième partie : Prévion des besoins en ressources globaux pour 2014-2016

9. Le Fonds mondial, en collaboration avec ses partenaires (le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], le partenariat Halte à la tuberculose et le partenariat Faire reculer le paludisme), a estimé le montant total des ressources nécessaires entre 2014 et 2016 pour financer les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire qu'il soutient. Ces estimations tiennent compte des réalités des pays et des meilleures pratiques en matière de conception et de mise en œuvre de programmes, mais aussi des possibilités d'élargissement des interventions essentielles en vue d'optimiser l'impact.

10. L'OMS, l'ONUSIDA, le partenariat Halte à la tuberculose et le partenariat Faire reculer le paludisme ont publié des projections des ressources globales requises chaque année pour atteindre les cibles mondiales fixées pour 2015 pour les trois maladies. Ces plans mondiaux ont servi de point de départ à l'évaluation des besoins en ressources globaux pour 2014-2016¹². Parmi les cibles clés pour 2015 du Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 figure la baisse de 50 pour cent de la prévalence de la tuberculose et des décès liés à cette maladie par rapport aux niveaux de 1990. Les besoins en ressources pour lutter contre le VIH sont basés sur le cadre d'investissement pour le VIH/sida élaboré pour atteindre les cibles d'accès universel en 2015 et agir au-delà de cet horizon. Le Plan d'action mondial contre le paludisme décrit les besoins en ressources en vue de parvenir à la couverture universelle pour toutes les populations à risque, avec des interventions locales appropriées en matière de prévention et de prise en charge des cas d'ici 2015.

11. Les estimations des besoins en ressources ont été filtrées pour inclure les seuls pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial en 2013¹³. Les coûts inclus dans les estimations des partenaires ont également été examinés dans l'optique de leur admissibilité aux subventions du Fonds mondial. Les chevauchements de coûts pour les trois maladies ont été identifiés et ajustés en conséquence. En particulier, les besoins en ressources pour le traitement antirétroviral des patients tuberculeux séropositifs au VIH ont été exclus spécifiquement des prévisions pour la tuberculose, puisqu'ils sont déjà pris en compte dans les estimations pour le VIH.

12. Les estimations ont été affinées pour refléter de façon réaliste les besoins financiers et la capacité d'absorption. Les cibles des plans mondiaux de lutte contre les trois maladies ont été prolongées jusqu'en 2016 et actualisées lorsque cela s'imposait pour tenir compte du contexte des pays¹⁴. Pour que les estimations soient basées sur des cibles ambitieuses mais réalistes, les données à l'échelle des pays ont été intégrées, dans la mesure du possible. Lors d'ateliers animés par les partenaires début 2013, des représentants des programmes

¹² Ces projections sont disponibles dans les plans mondiaux élaborés par les partenaires : cadre d'investissement pour la riposte au VIH (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2359_investing-for-results_en.pdf), Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 (<http://www.stoptb.org/global/plan>) et Plan mondial d'action mondial contre le paludisme (<http://www.rbm.who.int/gmap/gmap.pdf>).

¹³ D'après la politique d'admissibilité 2013 du Fonds mondial, 128, 118 et 102 pays peuvent prétendre à des financements pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, respectivement.

¹⁴ Les annexes A à C fournissent des informations plus détaillées sur les cibles utilisées pour estimer ces besoins en ressources.

soutenus ont actualisé et prolongé les analyses des déficits de financement jusqu'en 2016, en les étayant par des examens documentaires. Les estimations ont été actualisées pour tenir compte des évolutions les plus récentes concernant les coûts, les dynamiques de marché et les nouvelles technologies.

13. Sur la base de cette méthodologie, le Fonds mondial estime que 87 milliards de dollars US sont nécessaires pour financer les programmes répondant à des besoins urgents dans la lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme entre 2014 et 2016, dans les pays pouvant prétendre à ses financements.

14. Concernant le VIH, le besoin de financement total estimé s'élève à 58 milliards de dollars US pour la période considérée. Tous les coûts concernent des programmes pouvant recevoir des financements du Fonds mondial, notamment les six activités programmatiques de base qui sous-tendent le cadre d'investissement ainsi que les composantes relevant des catégories « facteurs déterminants » et « synergies avec les secteurs du développement ». Le traitement, la prise en charge et le soutien constituent le principal poste de dépenses, mais les coûts prévus pour les activités ciblant les populations clés les plus exposées au risque et pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants sont eux aussi considérables. Les estimations se fondent sur l'hypothèse que les dynamiques de marché et les évolutions vers une fourniture des services plus efficace, en particulier avec des approches communautaires, permettront de réaliser des économies substantielles.

15. Concernant la tuberculose, les besoins en ressources estimés se chiffrent au total à 15 milliards de dollars US pour la période considérée. Cette estimation couvre quatre composantes majeures de la prise en charge de la tuberculose et de la lutte contre la maladie : 1) diagnostic et traitement DOTS de la tuberculose sensible aux médicaments ; 2) intensification du diagnostic moléculaire rapide et renforcement des laboratoires en découlant, en particulier pour améliorer le diagnostic de la tuberculose multirésistante et celui de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; 3) traitement de la tuberculose multirésistante et 4) activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH requises pour combattre les épidémies de tuberculose et de VIH non prises en compte dans les estimations pour le VIH. L'élargissement du diagnostic et l'efficacité du traitement de la tuberculose sensible (qui peuvent prévenir la tuberculose multirésistante) constituent le principal poste de dépenses, estimé à 2,6 milliards de dollars US pour la période 2014-2016. La tuberculose multirésistante toucherait actuellement 630 000 personnes, et faire face à cette menace majeure avec un traitement rapide et efficace nécessiterait d'investir 1,3 milliard de dollars US par an, selon les estimations. L'intensification du dépistage rapide et le renforcement des laboratoires en découlant coûterait chaque année 0,6 milliard de dollars US.

16. Les besoins en ressources estimés pour combattre le paludisme s'élèvent au total à 14 milliards de dollars US sur la période de trois ans. Ces ressources sont, pour la plupart, destinées à soutenir la couverture universelle des interventions de lutte antivectorielle, à savoir la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et/ou la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, mais aussi la prise en charge des cas de paludisme qui inclut le diagnostic de la maladie avec des tests de dépistage rapide

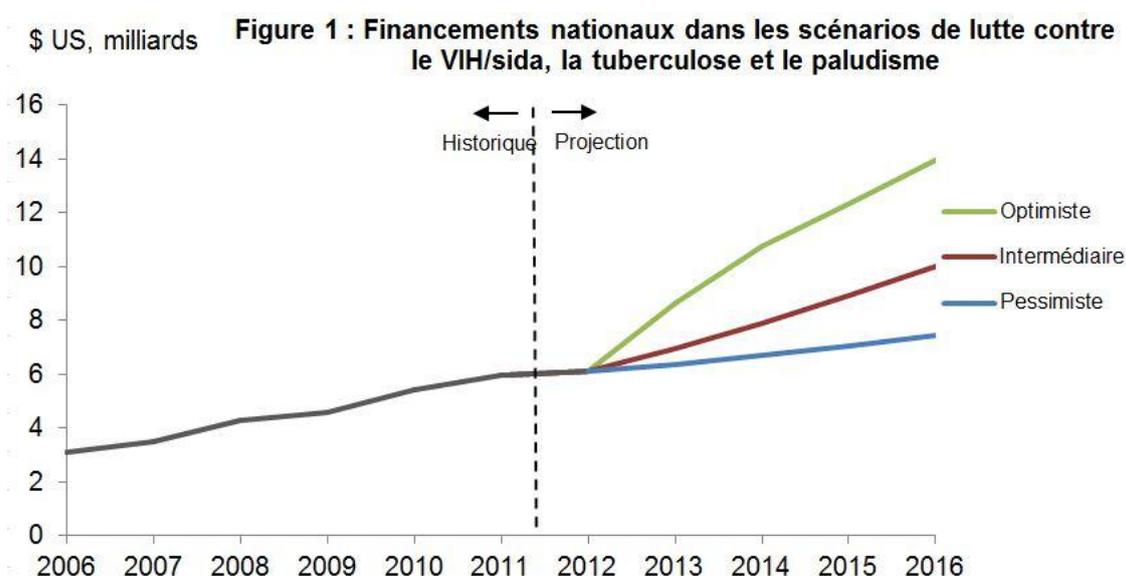
et le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le traitement dans les établissements publics de santé, au niveau communautaire et dans le secteur privé, le cas échéant. Les besoins en ressources incluent également le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes et la chimioprévention saisonnière, et incorporent des estimations actualisées du financement requis pour contenir la résistance à l'artémisinine et prévenir la résistance aux insecticides. En outre, des interventions de soutien – notamment le suivi et l'évaluation, la gestion des programmes et la communication pour le changement de comportement – sont incluses dans les coûts estimés, de même que les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires en lien avec le paludisme, en particulier l'aide à la prise en charge par la communauté des maladies fébriles, par des agents de santé communautaires par exemple, l'accent étant mis pendant cette période de trois ans sur l'élargissement de l'accès au diagnostic et au traitement.

17. Les annexes A à C fournissent des informations détaillées sur les méthodologies utilisées afin d'estimer les besoins en ressources pour la période 2014-2016.

Troisième partie : Préviation des ressources autres que celles du Fonds mondial et du déficit de financement

18. Afin d'évaluer la part des besoins totaux qui pourrait être couverte par des ressources autres que celles du Fonds mondial, ce dernier et ses partenaires techniques ont préparé des projections financières pour la période 2014-2016, portant sur les financements nationaux et les financements externes autres que ceux du Fonds mondial.

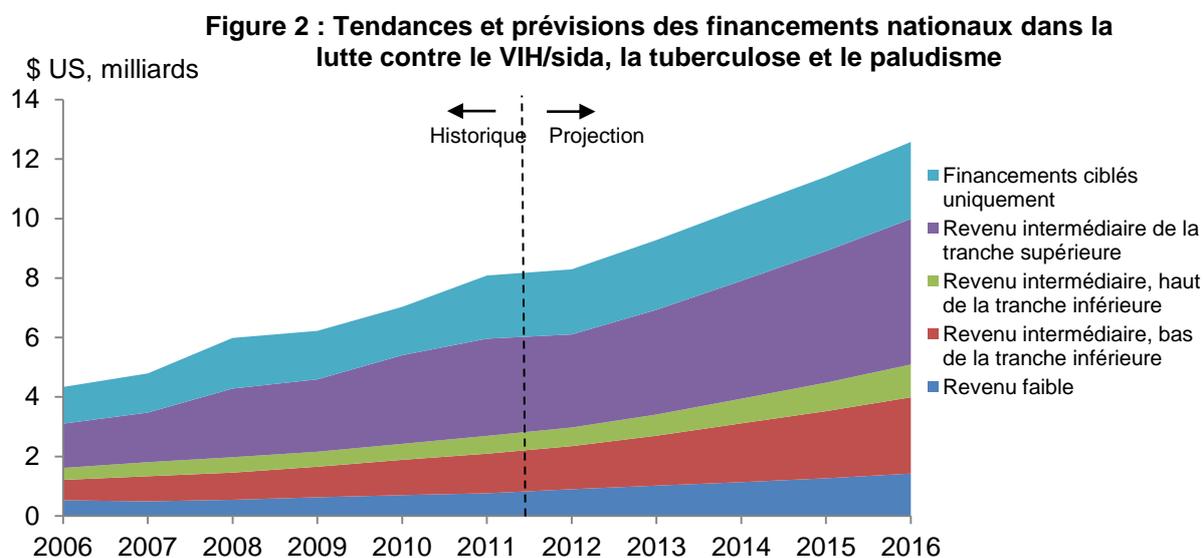
19. Plusieurs scénarios ont été envisagés concernant le potentiel contributif des pays au besoin de financement global. La figure 1 illustre trois de ces scénarios, en rapport avec les tendances récentes de financement national de la lutte contre les trois maladies. Selon le scénario « pessimiste », la croissance des dépenses publiques des pays maîtres d'œuvre est conforme aux prévisions du Fonds monétaire international (FMI), tandis que dans les scénarios « intermédiaire » et « optimiste », les pays dont le financement national est actuellement insuffisant par rapport à leur charge de morbidité et à leur capacité contributive font l'effort nécessaire pour atteindre d'ici 2020 une valeur de référence de l'indice de priorité des investissements nationaux. Dans le scénario intermédiaire, la référence se situe au 50^e centile (tous les pays actuellement sous le 50^e centile augmentent leur financement au rythme nécessaire pour l'atteindre d'ici 2020), tandis que dans le scénario optimiste, elle se situe au 75^e centile.



20. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le financement national augmente dans les mêmes proportions que les dépenses publiques ou la croissance économique (le scénario « pessimiste »). Cependant, pour qu'il soit pérenne, le financement accru de la lutte contre les trois maladies ne peut reposer sur les seuls donateurs extérieurs. Les partenaires techniques posent en principe qu'une part croissante du financement proviendra des pays maîtres d'œuvre. On observe en ce moment une dynamique très favorable à la mobilisation de financements nationaux et le Fonds mondial sera de plus en plus à même de les exploiter pleinement grâce à son nouveau modèle de financement et au dialogue itératif avec les pays. C'est pourquoi les partenaires techniques ont opté pour le scénario intermédiaire (celui du

50^e centile) correspondant à l'hypothèse ambitieuse mais réaliste que les pays poursuivront leurs efforts pour augmenter le financement national des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les partenaires ont examiné les contributions prévues pour un échantillon de pays de façon à s'assurer que ces projections sont en accord avec leur connaissance de la capacité des gouvernements à apporter des ressources supplémentaires.

21. Comme l'illustre la figure 2, ce scénario suppose que tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, affichent de forts taux de croissance (représentés par la pente des courbes de la figure). La hausse prévue est plus modérée pour les pays à plus faible niveau de revenu, et plus forte pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Dans les pays qui ne peuvent prétendre qu'à des financements ciblés, la croissance du financement national est particulièrement forte et devrait couvrir la totalité du besoin ou presque ; cela va dans le sens des attentes du Fonds mondial qui entend seulement fournir à ces pays un financement modeste ayant un effet catalyseur pour soutenir les populations mal desservies et les plus exposées au risque¹⁵. Toutefois, la croissance prévue pour les pays, tous niveaux de revenu confondus, n'est pas déconnectée de ce qui a été constaté ces dernières années. Par exemple, plus de 80 pays ont accru leurs investissements nationaux pour la riposte au sida de plus de 50 pour cent entre 2006 et 2011¹⁶. De même, les crédits nationaux alloués à la prise en charge de la tuberculose et à la lutte contre la maladie ont augmenté de plus de 30 pour cent entre 2006 et 2011, dans 104 pays¹⁷. Sur la même période, ceux affectés à la lutte contre le paludisme enregistraient une hausse de près de 40 pour cent¹⁸.



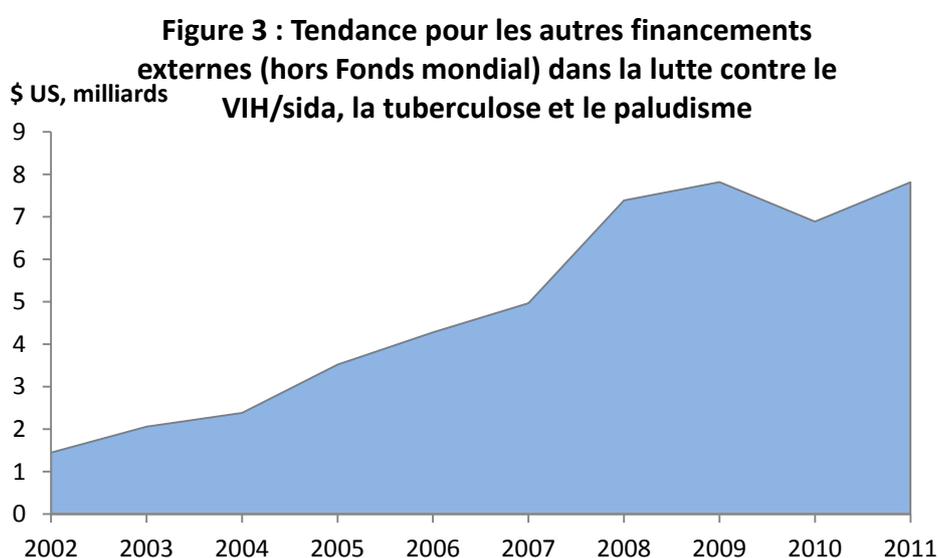
¹⁵ La politique d'admissibilité du Fonds mondial limite les crédits pour certains pays (essentiellement les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure dont la charge de morbidité n'atteint pas un niveau jugé grave) de sorte qu'ils ne peuvent servir que pour les activités ciblant les populations mal desservies et les plus exposées au risque et/ou des interventions à fort impact dans un contexte épidémiologique défini (GF/B23/14, document joint 1)

¹⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012 : Genève : ONUSIDA, 2012.

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève : OMS, 2012.

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde. Genève : OMS, 2012.

22. Au vu des tendances récentes (figure 3) et de la pression continue sur les dépenses publiques, les financements externes hors Fonds mondial devraient rester constants – sauf concernant le paludisme pour lequel une hausse modeste des crédits est prévue – et s'élever à environ 8 milliards de dollars US par an pour les trois maladies combinées¹⁹. Si l'on s'attend à ce que les demandes soumises au Fonds mondial par les programmes pour la période 2014-2016 intègrent des représentations actualisées du financement externe dans chacun des pays concernés, l'expérience des candidatures passées montre que les programmes considèrent généralement, au mieux, que le niveau de financement des autres donateurs ne variera pas. Il semble donc raisonnable de supposer que dans l'évaluation de leurs besoins financiers restant à satisfaire, les programmes tableront dans leurs notes conceptuelles sur un financement externe (hors Fonds mondial) relativement constant. Néanmoins, ce scénario pourrait bien être optimiste au vu des pressions financières auxquelles de nombreux donateurs sont actuellement confrontés.

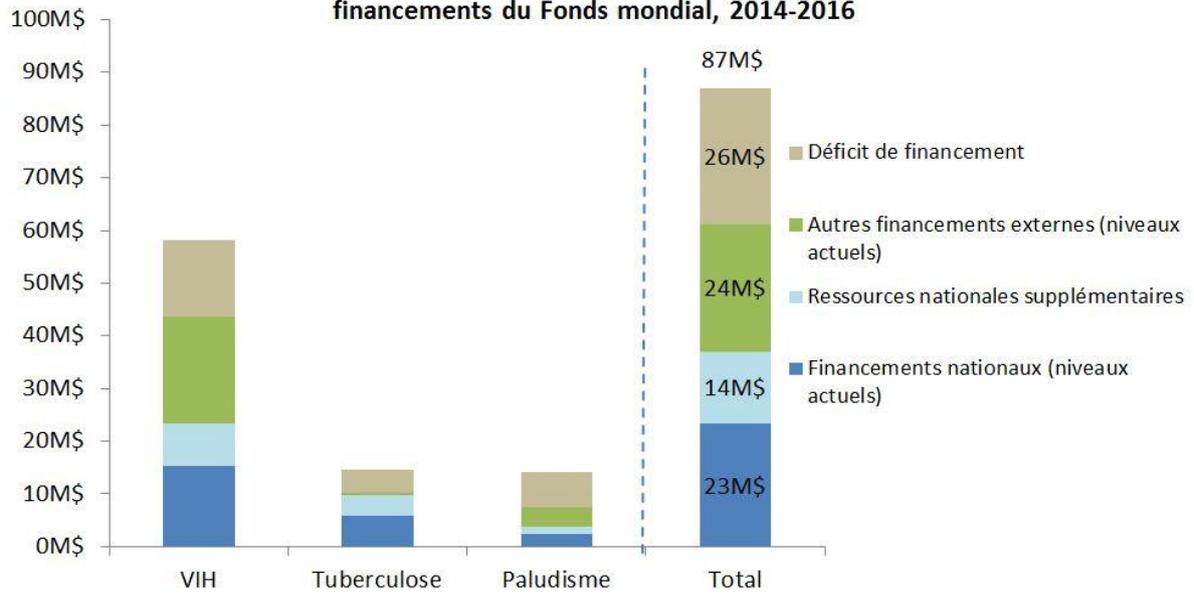


23. L'annexe D contient des informations plus détaillées sur la méthodologie utilisée pour estimer les financements nationaux et les financements externes hors Fonds mondial.

24. La figure 4 illustre les besoins financiers globaux ainsi que les ressources nationales et les financements externes (hors Fonds mondial) prévus par maladie et cumulés. Les besoins financiers des programmes soutenus dans les pays pouvant prétendre aux crédits du Fonds mondial s'élevant à 87 milliards de dollars US et malgré la hausse ambitieuse des ressources nationales, le besoin de financement externe s'élèvera tout de même à 50 milliards de dollars US pour la période 2014-2016. Le financement externe hors Fonds mondial étant évalué à 24 milliards de dollars US, le déficit de financement externe s'élèverait à 26 milliards de dollars US.

¹⁹ Cette estimation est basée sur les niveaux 2011 des financements externes hors Fonds mondial, soit 6,7 milliards de dollars US pour le VIH, 0,2 milliard pour la tuberculose et 1 milliard pour le paludisme. (Sources : Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida 2012 de l'ONUSIDA, Rapport 2012 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, Rapport 2012 de l'OMS sur le paludisme dans le monde). Concernant le paludisme, 0,2 milliard de dollars US ont été ajoutés aux estimations annuelles pour 2014-2016 afin de refléter la hausse du financement du Ministère britannique du développement international prévue dans le Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde.

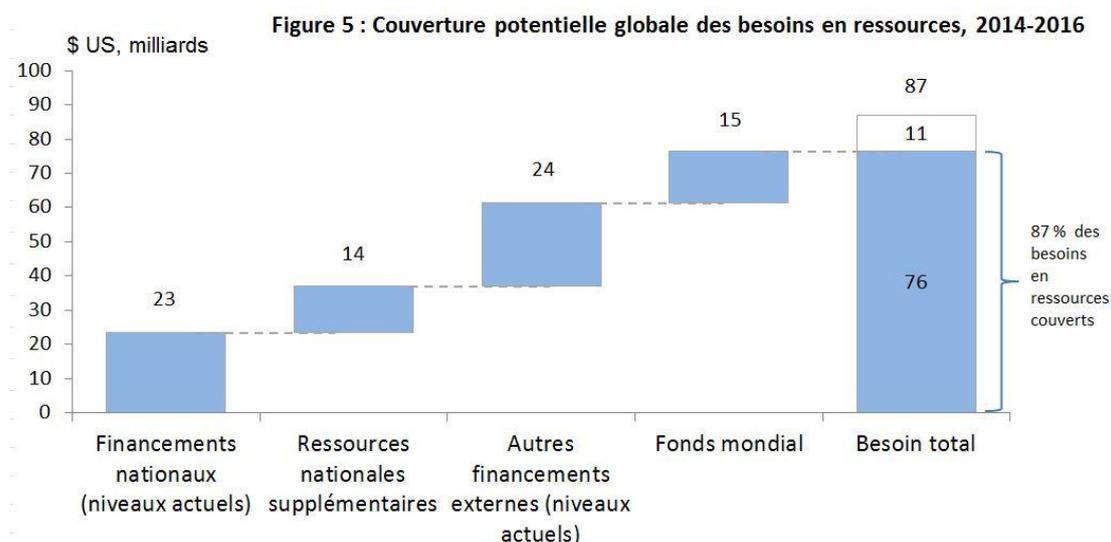
Figure 4 : Besoins en ressources dans les pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial, 2014-2016



Quatrième partie : Impact potentiel de la satisfaction des besoins

25. Au total, 26 milliards de dollars US sont nécessaires pour combler le déficit de financement affectant les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays pouvant prétendre aux crédits du Fonds mondial. Théoriquement, le Fonds mondial pourrait être sollicité pour combler ce déficit, si les pays maîtres d'œuvre présentaient des demandes pour couvrir la totalité des besoins non satisfaits.

26. À ce moment charnière de la lutte contre les maladies, le Fonds mondial doit renforcer son soutien aux programmes en mesure de réaliser des progrès spectaculaires pour sauver des millions de vies et économiser des dizaines de milliards de dollars à l'avenir. Une contribution de 15 milliards de dollars US du Fonds mondial permettrait à la communauté internationale, si elle se mobilisait collectivement, de couvrir 87 pour cent du financement nécessaire pour lutter efficacement contre les trois maladies pendant la période 2014-2016 (figure 5). Ce financement permettrait d'étendre la couverture et de se rapprocher de l'accès universel là où l'impact sur la morbidité et la mortalité est le plus fort. De plus, en améliorant l'établissement des priorités pour les interventions à fort impact mais aussi avec un meilleur ciblage, l'utilisation des avancées scientifiques et des modalités de fourniture des services plus efficaces, la communauté internationale pourra optimiser sa contribution et progresser de manière décisive vers la maîtrise des épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme.



27. Afin d'estimer les résultats que les ressources globales permettraient d'obtenir dans le cadre de ce scénario de financement, les 15 milliards de dollars US ont été ventilés suivant le modèle de répartition historique des financements du Fonds mondial entre les trois maladies²⁰. Dans cette hypothèse, 87 pour cent, 86 pour cent et 85 pour cent des besoins totaux des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme seraient satisfaits, respectivement. L'établissement des priorités de financement et la recherche de gains d'efficacité augmenteraient l'impact des ressources disponibles.

28. Une contribution de 15 milliards de dollars US se traduirait par des gains significatifs par rapport au maintien des niveaux de financement globaux observés récemment²¹. Concernant le VIH et le sida, l'ensemble des ressources disponibles couvrirait 87 pour cent du total des besoins. Ce niveau de ressources ne suffira pas pour répondre aux besoins prévus par l'ONUSIDA mais permettrait de rapprocher les taux de nouvelles infections dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de ceux des pays industrialisés d'ici 2025, d'après les nouveaux travaux lancés par le Consortium de modélisation du VIH sous l'égide de l'ONUSIDA. Ces travaux montrent que de nouveaux progrès significatifs pourraient être obtenus si la thérapie antirétrovirale était intensifiée de façon stratégique pour toucher les personnes admissibles au traitement selon les recommandations de traitement révisées (numération des CD4 inférieure à 500). D'après ces hypothèses, plus de 18 millions d'adultes admissibles au traitement pourraient recevoir une thérapie antirétrovirale d'ici 2016²².

29. Mettre sous traitement antirétroviral ces personnes vivant avec le VIH coûterait environ un milliard de dollars US par an, soit une augmentation de moins de dix pour cent du coût global²³. Plusieurs pays ont montré qu'ils étaient capables de réaliser des gains d'efficacité rapides et substantiels supérieurs à ce que prévoient les hypothèses du cadre d'investissement. En outre, un quart environ des besoins en ressources sont supposés favoriser les synergies dans des secteurs de développement plus larges. Cette part pourrait être réduite si d'autres secteurs décidaient d'agir, ce qui permettrait de transférer des ressources vers des programmes de base. Il est donc raisonnable de penser qu'avec l'engagement adéquat, ces 18 millions de personnes supplémentaires pourraient recevoir un traitement financé avec les ressources décrites dans le présent document.

30. Toutefois, si le financement international se maintenait à son niveau actuel, on constaterait au total 2,6 millions de nouvelles infections par le VIH chaque année, soit en moyenne 1,3 million d'infections de plus par an entre 2014 et 2016 que si l'intensification était réalisée à grande échelle. Renoncer à cet investissement aujourd'hui réduirait les économies à long terme, le financement nécessaire pour la période 2014-2016 étant

²⁰ La répartition traditionnelle du financement du Fonds mondial a été appliquée au montant (minoré des frais de fonctionnement prévus pour le Secrétariat), soit 52 pour cent pour le VIH, 32 pour cent pour le paludisme et 16 pour cent pour la tuberculose. Cette répartition est utilisée pour estimer les résultats et l'impact du scénario de financement proposé et ne constitue pas une prévision de la façon dont le financement sera réparti entre les maladies pendant la période 2014-2016. Une méthodologie est en cours d'élaboration pour l'affectation des ressources pour le cycle 2014-2016 selon le nouveau modèle de financement du Fonds mondial.

²¹ La méthodologie pour l'estimation de l'impact est décrite plus en détail dans les annexes A à C.

²² Il n'a pas été possible de produire un graphique représentant le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale, les estimations nouvellement révisées n'étant pas encore publiées. Ce graphique sera fourni après la publication par l'OMS des nouvelles recommandations de traitement, mi-2013.

²³ Estimation du coût pour tous les pays et pas seulement pour ceux pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial.

largement compensé par les économies liées aux coûts de traitement futurs des infections supplémentaires évitées pendant cette période.

31. Concernant la tuberculose, dans l'hypothèse où les financements iraient en priorité aux pays à faible revenu et à charge de morbidité élevée, un effort de financement collectif couvrant 86 pour cent des besoins en ressources pour lutter contre la maladie permettrait de prendre en charge et de traiter 17 millions de patients atteints de tuberculose et de tuberculose multirésistante dans les pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial, entre 2014 et 2016 (voir les figures 6 et 7)²⁴. Un accès élargi au traitement de la tuberculose et de ses formes multirésistantes permettrait de sauver près de six millions de vies pendant cette période de trois ans. Toutefois, si le financement mondial ne progressait pas entre 2014 et 2016, il ne serait possible de traiter qu'environ 14 millions de personnes atteintes de tuberculose et de tuberculose multirésistante²⁵, ce qui aboutirait à un million de vies sauvées en moins qu'avec le scénario de financement proposé.

Figure 6 : Nombre de personnes recevant un traitement contre la TB, déclarations et projections

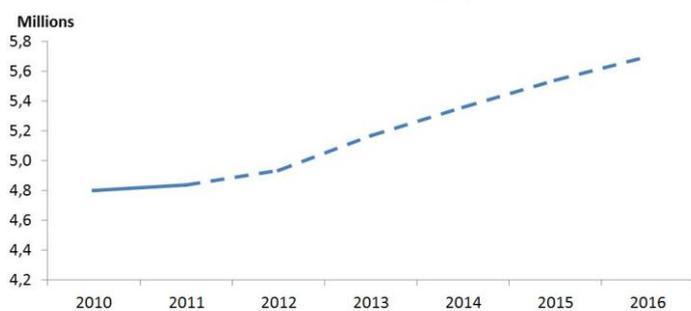
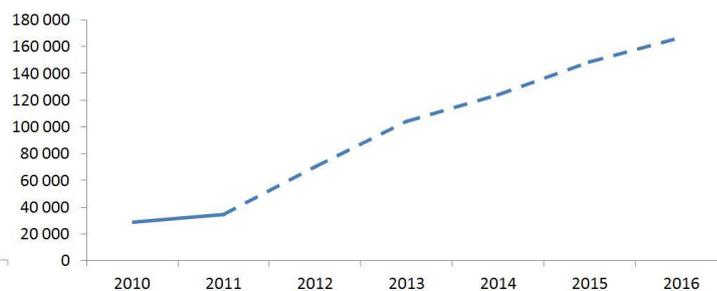


Figure 7 : Nombre de personnes sous traitement pour une tuberculose multirésistante, réel et prévu

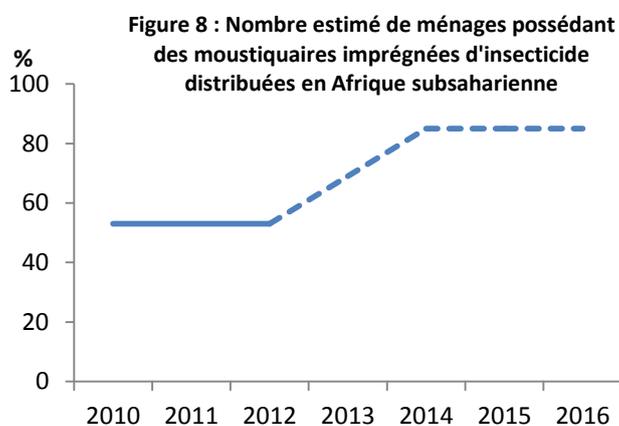


32. Concernant le paludisme, l'effort de financement collectif accru se traduirait par des gains substantiels et renforcerait la dynamique pour supprimer totalement ou presque les décès liés à cette maladie, et améliorerait les progrès en ce sens dans certains contextes. Parce que les besoins de financement ne pourraient pas être couverts en totalité, les crédits devraient bénéficier en priorité aux pays où la charge de morbidité est la plus élevée pour atteindre une couverture totale dans les 18 pays les plus touchés par la maladie et une couverture de 50 pour cent partout ailleurs, la plupart des décès liés au paludisme survenant dans les pays où la charge de morbidité est la plus élevée. En définissant ces priorités, un effort global satisfaisant 85 pour cent des besoins de financement entraînerait une augmentation substantielle de la couverture en Afrique subsaharienne pendant la période 2014-2016 (figure 8), et quelque 196 000 vies de plus seraient sauvées chaque année. De surcroît, si le financement de la lutte contre le paludisme n'augmente pas, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide pourrait même baisser car le nombre de

²⁴ Correspond à 16,6 millions de patients tuberculeux pris en charge et recevant un traitement, et à 400 000 patients pris en charge et traités pour des formes multirésistantes de la maladie.

²⁵ Correspond à 14 millions de patients tuberculeux pris en charge et recevant un traitement, et à 300 000 patients pris en charge et traités pour des formes multirésistantes de la maladie.

moustiquaires distribuées en 2011 et en 2012 ne suffisait pas à protéger toutes les populations exposées au risque ni à remplacer toutes les moustiquaires distribuées trois ans plus tôt, ce qui vraisemblablement entraînerait une résurgence et une recrudescence de l'épidémie de paludisme et nous ramènerait aux niveaux de mortalité observés en 2000 (1,2 million de décès par an)²⁶.



²⁶ Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde. Genève : OMS, 2012.

Cinquième partie : Conclusion

33. Les consultations avec les partenaires clés aux niveaux national et international ont permis d'établir que les besoins en ressources s'élèveraient au total à 87 milliards de dollars US sur la période 2014-2016 pour les programmes de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial. Une augmentation ambitieuse mais réaliste des financements nationaux pourrait couvrir ces besoins à hauteur de 37 milliards de dollars US. Les financements externes autres que ceux du Fonds mondial restant relativement stables à 24 milliards de dollars, le déficit de financement s'élèverait à 26 milliards de dollars US.

34. Si la reconstitution des ressources apportait 15 milliards de dollars US au Fonds mondial pour soutenir ses programmes, 87 pour cent des besoins totaux seraient couverts, ce qui permettrait de satisfaire dans des proportions similaires les besoins totaux liés au VIH et au sida, à la tuberculose et au paludisme.

35. Un effort collectif, des gains d'efficacité supplémentaires et l'investissement dans des interventions à fort impact pourraient bien mettre à portée de main les objectifs que la communauté internationale s'est elle-même fixés dans la lutte contre les trois maladies, avec une contribution supplémentaire de 15 milliards de dollars US allant aux programmes soutenus par le Fonds mondial. Mener un effort mondial concerté pour accroître sensiblement le financement, en tirant parti des avancées scientifiques et en investissant de manière stratégique, permettrait d'alléger considérablement le fardeau du VIH et du sida, de la tuberculose et du paludisme.

36. Il serait souhaitable que ces estimations alimentent d'autres discussions sur les cibles réalistes mais ambitieuses que la communauté internationale devrait s'efforcer d'atteindre pendant la prochaine période de reconstitution des ressources, et sur la participation du Fonds mondial à l'effort collectif pour fournir les ressources nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Annexe A : Méthodologie utilisée pour les estimations de la demande et de l'impact (VIH)

Besoins en ressources

Concernant le VIH, les estimations des besoins en ressources utilisées par le Fonds mondial pour prévoir la demande ont été fournies par l'ONUSIDA et s'appuient sur le cadre d'investissement pour la riposte au VIH²⁷. Ce cadre, qui estime les besoins en ressources et l'impact potentiel pour 139 pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire sur la période 2011-2020, est destiné à faciliter une utilisation des ressources plus ciblée et plus stratégique.

Les estimations du cadre d'investissement ont été ajustées pour ne porter que sur les 128 pays répondant aux critères d'admissibilité 2013 conditionnant l'accès aux financements du Fonds mondial. Trente pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure appartenant à ce groupe ne peuvent prétendre qu'à des financements ciblés du Fonds mondial. Afin d'estimer le montant que représenteraient ces financements, il a été proposé d'appliquer un plafond théorique de 2,5 millions de dollars US par an correspondant à la demande potentielle de chacun de ces pays²⁸.

Tous les coûts inclus dans le cadre d'investissement répondent aux critères de financement par le Fonds mondial et sont intégrés aux prévisions, notamment les coûts des six activités programmatiques de base qui sous-tendent le cadre d'investissement. Les composantes clés du renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires sont incluses dans ces estimations, notamment des composantes relevant des catégories « facteurs déterminants » et « synergies avec les secteurs du développement » du modèle du cadre d'investissement, comme la mobilisation communautaire, les achats et la logistique, le suivi et l'évaluation. Pour éviter que les coûts liés à la coïnfection tuberculose/VIH soient comptabilisés deux fois, et comme convenu entre les partenaires, les coûts de la thérapie antirétrovirale destinée aux patients atteints de tuberculose et séropositifs au VIH sont inclus dans les estimations pour le VIH et exclus de celles pour la tuberculose. Les coûts liés au dépistage de la tuberculose chez les patients séropositifs à l'aide de tests Xpert sont inclus dans les estimations pour la tuberculose, mais pas dans celles pour le VIH.

Les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires sont incorporés dans les coûts de fourniture des services des programmes de base et dans les catégories « facteurs déterminants » et « synergies avec les secteurs du développement » du modèle du cadre d'investissement. Il est important de savoir que ces coûts de renforcement sont repris différemment dans les estimations pour chaque maladie. La collecte des données factuelles sur les besoins en financement des systèmes de santé et des systèmes communautaires se poursuivra pour chaque maladie ²⁹.

Les projections épidémiologiques figurant dans le modèle du cadre d'investissement sont fondées sur les hypothèses d'une intensification de la couverture présentée en 2009-2010 par les programmes nationaux et s'appuient sur des estimations spécifiques aux pays pour prévoir les besoins de traitement au niveau mondial.

²⁷ Le cadre d'investissement décrit par Schwartländer *et al.* est disponible à l'adresse : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960702-2/abstract>. La méthodologie est décrite en détail dans l'annexe de ce document disponible sur Internet.

²⁸ Ce type de plafond avait déjà été utilisé pour la filière de financement destinée aux populations les plus exposées de la série 10 du Fonds mondial et dans la politique de financement ciblé décrite dans la politique relative à l'admissibilité, au financement de contrepartie et à l'établissement des priorités.

²⁹ Les travaux en cours pour chiffrer les besoins en termes d'interventions de santé au niveau communautaire, et l'impact sur les coûts globaux et l'efficacité des programmes de lutte contre les maladies de la prise en compte de ces besoins de financement font partie des activités que le Fonds mondial mènera avec ses partenaires et qui seront intégrées aux prévisions futures.

Les estimations de la demande permettent de modéliser les besoins en ressources pour passer des niveaux de couverture atteints en 2011 à la couverture universelle d'ici 2015, puis se maintenir à ce niveau³⁰. Pour la thérapie antirétrovirale, la couverture universelle sera atteinte si 80 pour cent de la population admissible au traitement le reçoit (les 20 pour cent restants correspondent aux personnes en marge du système de santé, qui refusent de prendre un traitement ou qui n'y ont pas accès pour diverses raisons).

Les cibles du cadre d'investissement sont ambitieuses mais réalistes puisqu'elles se fondent sur les meilleures observations disponibles des méthodes qui ont fait leurs preuves en matière de prévention, de traitement et de prise en charge pour le VIH, et sur des analyses rigoureuses menées dans chaque pays. En plus de proposer une feuille de route claire et réaliste pour atteindre les cibles d'accès universel, le cadre d'investissement table sur des économies substantielles résultant des dynamiques du marché et de l'adoption de modalités de fourniture de services plus efficaces, en particulier avec des approches communautaires. Par exemple, le coût moyen par patient d'une thérapie antirétrovirale de première intention devrait baisser de 65 pour cent environ entre 2010 et 2020 : cette estimation s'appuie sur l'analyse des tendances passées concernant le prix des antirétroviraux, et sur la possibilité d'associations médicamenteuses et de tests de dépistage moins onéreux. Les coûts de fourniture des services devraient baisser plus vite dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu intermédiaire, ces derniers étant peu susceptibles d'adopter des modèles communautaires.

Les informations sur les coûts unitaires de fourniture de services sont issues de publications et de quatre ateliers régionaux sur les besoins en ressources auxquels ont participé des experts de 58 pays en 2009. Les estimations se fondent sur les coûts des fournisseurs. Les valeurs sont exprimées en dollars constants de 2009 mais tiennent compte de l'inflation.

Impact

Le modèle Goals mis au point par le *Futures Institute* a servi à évaluer l'impact sur l'épidémie des activités programmatiques retenues. Il étudie des hommes et des femmes de 15 à 49 ans répartis en six groupes : sans activité sexuelle, hétérosexuels à faible risque (un partenaire), hétérosexuels à risque moyen (plus d'un partenaire pendant les douze derniers mois), hétérosexuels à haut risque (professionnelles du sexe et leur clientèle masculine), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et consommateurs de drogues injectables. Il inclut une composante pour estimer les effets des interventions de prévention sur les principaux comportements, basée sur une synthèse de la documentation étudiant l'impact.

Des modèles Goals ont été préparés pour 23 pays fortement touchés représentant 77 pour cent de la charge de morbidité totale du VIH. Les informations de ces modèles ont été actualisées avec les données les plus récentes disponibles sur la couverture, issues des rapports de situations nationaux établis à l'intention de l'UNGASS en 2010, et avec les coûts unitaires sur lesquels s'appuyaient les ateliers régionaux de l'ONUSIDA sur les besoins en ressources et les activités des partenaires du consortium AIDS2031. Les estimations des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida ont été extraites pour les 23 pays et extrapolées afin de disposer d'estimations mondiales.

³⁰ Les cibles de couverture spécifiques sont décrites dans l'annexe disponible sur Internet de l'article publié dans *The Lancet*.

Annexe B : Méthodologie utilisée pour les estimations de la demande et de l'impact (tuberculose)

Besoins en ressources

Concernant la tuberculose, les estimations des besoins en ressources utilisées par le Fonds mondial afin de prévoir la demande pour la période 2014-2016 sont celles de l'OMS et s'appuient sur le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015³¹ qui définit les besoins de financement annuels pour trois composantes essentielles de la prise en charge et de la lutte contre cette maladie : diagnostic et traitement DOTS de la tuberculose sensible aux médicaments ; diagnostic et traitement de la tuberculose multirésistante ; activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Les principales cibles du Plan mondial 2015 incluent le diagnostic, la déclaration et le traitement de 6,9 millions de cas de tuberculose, le dépistage de la multirésistance chez tous les patients atteints de tuberculose précédemment traités, le dépistage de la tuberculose multirésistante chez 20 pour cent des nouveaux patients atteints de tuberculose (ceux considérés comme présentant un risque élevé d'être atteints d'une forme de tuberculose multirésistante) et le dépistage du VIH chez tous les patients tuberculeux.

Dans le Plan mondial, la plus forte hausse des besoins en ressources entre 2011 et 2015 était liée à la tuberculose multirésistante. Consécutivement à l'élaboration de ce plan, l'OMS a approuvé un nouveau test de dépistage rapide (Xpert MTB/RIF), en décembre 2010 ; les besoins de financement pour ce test n'étaient pas estimés de manière explicite dans le Plan mondial.

La prévision de la demande est basée sur les besoins en ressources des pays pouvant recevoir des financements du Fonds mondial (118 des 149 pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire du Plan mondial). Dans ce sous-groupe, 16 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ne peuvent prétendre qu'à des financements ciblés du Fonds mondial. Afin d'estimer le montant que représenteraient ces financements, il a été proposé d'appliquer un plafond théorique de 2,5 millions de dollars US par an et par pays³². Cependant, pour chacun de ces pays, après prise en compte du financement national, le montant restant à financer était inférieur à ce plafond et aucun ajustement ne s'est donc révélé nécessaire dans la pratique.

Pour faire en sorte que la prévision de la demande soit basée sur des cibles ambitieuses mais réalistes, un atelier organisé conjointement par le Fonds mondial, le partenariat Halte à la tuberculose et l'OMS, avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'USAID, a été organisé en janvier 2013 avec les équipes de pays de neuf pays à forte charge de morbidité représentant des niveaux de revenu et des contextes épidémiologiques variés. Ces pays, à savoir l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, l'Inde, l'Indonésie, le Kazakhstan, le Nigeria, le Pakistan et l'Ukraine, concentrent environ 60 pour cent des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante des 118 pays pouvant prétendre aux financements du Fonds mondial. L'atelier a permis d'examiner les cibles et d'en discuter en vue d'intensifier le diagnostic et le traitement de la tuberculose, y compris de ses formes multirésistantes, en prenant en compte la référence de 2012 et les contraintes non financières à l'intensification ; de définir des cibles actualisées pour 2013-2016, le cas échéant ; et de décrire les cibles et les besoins de financement associés pour 2013-2016, à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation pour la tuberculose de l'OMS.

³¹ Le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-15 est disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf. L'annexe décrivant la méthodologie du plan est disponible ici : http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159487X_eng.pdf

³² Ce type de plafond avait déjà été utilisé pour la filière de financement destinée aux populations les plus exposées de la série 10 du Fonds mondial et dans la politique de financement ciblé décrite dans la politique relative à l'admissibilité, au financement de contrepartie et à l'établissement des priorités.

Pendant l'atelier, l'accent a été mis sur trois composantes majeures de la prise en charge de la tuberculose et de la lutte contre la maladie pour lesquelles des ressources sont nécessaires : 1) le traitement de la tuberculose multirésistante ; 2) le recours au dépistage rapide pour détecter la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante, ainsi que le renforcement des laboratoires en découlant et 3) les soins aux patients externes et hospitalisés prodigués en cours de traitement dont le coût n'est pas prévu dans les budgets spécifiques à la tuberculose. Donner la priorité aux deux premières composantes se justifiait par le fait qu'elles représentaient la plus forte hausse des besoins de financement estimés dans le Plan mondial pour la période 2011-2015, et que les estimations globales initiales donnaient très peu d'indications sur les projets d'intensification des pays. L'accent mis sur la troisième composante (soins aux patients externes et hospitalisés) tient au fait qu'elle peut représenter une part importante du financement nécessaire pour les soins aux patients tuberculeux, et l'atelier fournissait une bonne occasion de vérifier ou d'actualiser les informations précédemment communiquées à l'OMS.

Après l'atelier, les cibles d'intensification de la détection et du traitement de la tuberculose (y compris de ses formes multirésistantes) dans neuf pays ont été synthétisées et comparées aux cibles définies dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015. Cet exercice a montré :

- que les cibles d'intensification de la détection et du traitement de la tuberculose étaient cohérentes avec celles définies dans le Plan mondial ;
- que les cibles d'intensification du traitement de la tuberculose multirésistante correspondaient à 80 pour cent environ de la cible pour 2015 définie dans le Plan mondial, mais qu'en termes de besoins en ressources il existait un décalage dû aux estimations des coûts unitaires du traitement de la tuberculose multirésistante en Afrique, supérieures aux estimations initiales du Plan mondial.

Sur cette base, les besoins en ressources pour le traitement de la tuberculose et de ses formes multirésistantes pour les 109 pays restants pouvant recevoir des financements du Fonds mondial ont été définis à partir des estimations des pays pour la période 2013-2015 déjà utilisées pour le Plan mondial, puis prolongés jusqu'en 2016.

Pour le diagnostic de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante en particulier, les estimations du Plan mondial ont été actualisées pour les 109 pays restants, par extrapolation à partir des plans d'intensification du recours au dépistage rapide et de renforcement des laboratoires en découlant exposés par les pays ayant participé à l'atelier. Deux approches ont été explorées : a) une extrapolation à partir de l'Inde, celui des neuf pays présents à l'atelier dont le plan était le plus détaillé et le mieux conçu, assortie des ajustements idoines du nombre relatif de personnes à dépister ; et b) une extrapolation pour chaque pays, à partir des données sur celui des neuf pays qui se rapprochait le plus du pays considéré. L'une et l'autre ont donné des résultats similaires.

Tous les coûts de mise en œuvre inclus dans le Plan mondial Halte à la tuberculose répondent aux conditions pour être financés par des subventions du Fonds mondial et apparaissent dans la prévision. Les estimations ont été révisées pour inclure l'intensification du dépistage rapide de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante avec le test Xpert MTB/RIF approuvé par l'OMS en décembre 2010. Pour l'Afrique du Sud en particulier, le coût du traitement de la tuberculose ultrarésistante a été actualisé pour autoriser l'utilisation d'un médicament qui vient d'être approuvé, la bédaquiline. Les coûts de recherche et développement ne peuvent pas être financés par le Fonds mondial et sont exclus de ces estimations.

Les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires inclus dans le Plan mondial Halte à la tuberculose figurent aussi dans la prévision de la demande. Il s'agit par exemple des coûts de personnel et d'infrastructure et des frais généraux associés à la fourniture de soins aux patients externes et hospitalisés atteints de tuberculose des établissements de soins primaires ; des coûts de rénovation ou de construction de structures pour faciliter le traitement de la tuberculose multirésistante et le contrôle des infections dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose ; des coûts de formation du personnel liés à la tuberculose et, dans les pays où l'orientation et le soutien des patients assurés au niveau communautaire s'inscrivent dans la stratégie nationale de soins et de lutte contre la tuberculose, des ressources requises pour cette prise en charge communautaire. Les coûts liés aux systèmes de santé pertinents pour la tuberculose mais non repris dans ces estimations incluent les coûts de construction de nouveaux établissements de santé, les coûts de formation pour accroître l'effectif des agents de santé aux niveaux hospitalier et communautaire ; les coûts pour le renforcement des registres d'état civil nécessaire dans de nombreux pays pour améliorer la mesure de la mortalité liée à la tuberculose ; et les coûts de la lutte contre les infections dans les services hospitaliers ou dans les dispensaires assurant des soins ambulatoires non spécifiques à la prise en charge de la tuberculose. Il est important de reconnaître que les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires sont repris différemment dans les estimations pour chaque maladie. La collecte des données factuelles sur les besoins en financement des systèmes de santé et des systèmes communautaires se poursuivra pour chaque maladie ³³.

Pour éviter que les coûts liés à la coïnfection VIH/tuberculose soient comptabilisés deux fois dans les prévisions, et comme convenu entre les partenaires, les besoins en ressources pour la thérapie antirétrovirale destinée aux patients tuberculeux séropositifs sont exclus spécifiquement des estimations pour la tuberculose, puisqu'ils sont pris en compte dans les estimations pour le VIH.

Comme dans le Plan mondial, les estimations de la demande se fondent sur les coûts des fournisseurs prestataires et sur une démarche « granulaire » (nombre d'interventions multiplié par le prix unitaire). Les estimations issues du Plan mondial et celles de l'atelier tiennent compte d'un taux d'inflation de trois pour cent par an.

Les coûts unitaires proviennent du Plan mondial Halte à la tuberculose et de l'atelier consacré à la prévision de la demande pour la tuberculose. Pour les neuf pays ayant participé à l'atelier, les besoins de financement sont basés sur les informations les plus récentes sur les coûts dans ces pays. Pour tous les pays, les besoins de financement tiennent compte du prix unitaire récemment négocié (en août 2012) pour les cartouches Xpert MTB/RIF (9,98 dollars US, au lieu de 18 dollars US environ lors de l'approbation de cette technologie fin 2010).

Impact

Les méthodes d'estimation de l'impact sont basées sur celles que le Fonds mondial avait convenu d'utiliser pour l'élaboration de sa Stratégie 2012–2016 et de ses rapports sur les résultats, employées également dans le Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde de l'OMS.

³³ Les travaux en cours pour chiffrer les besoins en termes d'interventions de santé au niveau communautaire, et l'impact sur les coûts globaux et l'efficacité des programmes de lutte contre les maladies de la prise en compte de ces besoins de financement font partie des activités que le Fonds mondial mènera avec ses partenaires et qui seront intégrées aux prévisions futures.

Pour 100 patients bénéficiant d'un traitement contre la tuberculose dans le cadre d'un programme DOTS, on estime que 33 vies seront sauvées. À titre de comparaison, pour les patients tuberculeux séronégatifs au VIH, le taux de mortalité est de 70 pour cent (nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif) et de 20 pour cent environ (patients atteints d'autres formes de tuberculose) si aucun traitement n'est proposé, le taux de mortalité global se situant autour de 40 pour cent. On considère que tous les patients tuberculeux séropositifs au VIH décéderaient de la tuberculose s'ils n'étaient pas traités contre cette maladie. Concernant le traitement de la tuberculose multirésistante, on considère que pour 100 patients traités, 50 vies seront sauvées.

Les nombres de patients traités pour une tuberculose sensible aux médicaments dans le cadre des programmes DOTS et les nombres de patients traités pour une tuberculose multirésistante sont fondés sur a) les cibles décrites par les neuf pays ayant participé à l'atelier consacré à la prévision de la demande pour la tuberculose et b) les cibles du Plan mondial pour les 109 pays restants.

Annexe C : Méthodologie utilisée pour estimer la demande et l'impact (paludisme)

Besoins en ressources

L'estimation des besoins en ressources liées au paludisme présentée dans la prévision de la demande du Fonds mondial pour la période 2014-2016 se fonde sur le Plan d'action mondial contre le paludisme 2008 de l'OMS, qui définit les financements annuels requis pour atteindre les objectifs 2015 du partenariat Faire reculer le paludisme³⁴. L'OMS et le partenariat Faire reculer le paludisme ont revu ces chiffres dans le cadre d'une démarche double : 1) Pour les pays africains, le Groupe de travail sur l'harmonisation du partenariat Faire reculer le paludisme a organisé deux ateliers lors desquels 45 des 48 pays susceptibles de bénéficier de subventions du Fonds mondial ont revu entièrement leurs analyses des lacunes programmatiques pour la période 2013-2016³⁵. 2) Pour 41 des 56 pays non africains pouvant bénéficier d'une aide du Fonds mondial dans la lutte contre le paludisme, des experts de *Results for Development* ont réalisé une étude documentaire afin d'actualiser les chiffres du Plan d'action mondial contre le paludisme à la lumière des dernières données disponibles, dont les propositions du Fonds mondial et les plans stratégiques nationaux (le cas échéant) de 12 pays, notamment des huit États dont les besoins financiers sont les plus importants³⁶.

Tous les coûts de mise en œuvre relatifs au Plan d'action mondial contre le paludisme et à l'analyse des lacunes programmatiques peuvent donner lieu à une prise en charge par le Fonds mondial. Les principaux coûts portent sur la lutte antivectorielle (moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent) et sur la prise en charge des cas (tests de diagnostic et soin). Aux fins de refléter les démarches et les technologies les plus récentes, les chiffres tiennent compte des dernières estimations des besoins en ressources liées à la résistance à l'artémisinine, notamment les besoins financiers relatifs à la maîtrise de la résistance dans les pays du Mékong et au test de la résistance en Afrique. Le coût estimé des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent a par ailleurs été majoré de 30 pour cent, ce qui permet d'intégrer le prix des produits plus onéreux utilisés par intermittence pour contrer la résistance aux insecticides. Rien ne garantissant que la commercialisation du vaccin RTS,S aura débuté à cette période, les ressources y afférentes n'ont pas été incluses dans ces estimations initiales. Les coûts de recherche et de développement ne peuvent pas faire l'objet d'un financement du Fonds mondial et ont donc été exclus des prévisions de la demande.

Les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, tels qu'ils sont présentés dans le Plan d'action mondial contre le paludisme, sont inclus dans la prévision de la demande liée au paludisme. Un montant fixe a été déterminé pour les coûts du personnel de santé, des infrastructures et des frais généraux associés à la prise en charge

³⁴ Le Plan d'action mondial contre le paludisme 2008, l'annexe sur la méthodologie, le rapport sur la mobilisation des ressources et les nouveaux objectifs pour 2011 sont disponibles à l'adresse <http://www.rbm.who.int/fr/rbmmap.php>. Le Rapport mondial sur le paludisme 2012 est disponible (en anglais) à l'adresse http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html

³⁵ Djibouti, le Cap-Vert et l'Érythrée n'ont pas pu assister aux ateliers.

³⁶ Les besoins en ressources de 15 pays sont relativement faibles et n'ont donc pas été chiffrés dans le cadre de cet exercice.

du paludisme en consultations internes et externes dans les établissements de santé ; à la formation continue du personnel en matière de paludisme ; et dans les pays, notamment en Afrique, aux ressources nécessaires au déploiement et à la mise en œuvre de la gestion intégrée des cas au niveau communautaire. Le financement des systèmes d'information sur la gestion de la santé et des systèmes d'achat et d'approvisionnement liés au paludisme est également inclus. Il importe de noter que les coûts de renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires sont intégrés différemment dans les estimations pour chaque maladie. La collecte des données factuelles sur les besoins en financement des systèmes de santé et des systèmes communautaires se poursuivra pour chaque maladie³⁷.

Pendant les ateliers, les objectifs en matière de couverture universelle dans les pays africains ont été revus à la lumière des dernières données tirées des plans nationaux, compte tenu des contraintes d'absorption. Pour les pays d'autres continents, le modèle du Plan d'action mondial contre le paludisme a été conservé dans les grandes lignes³⁸ mais a subi les modifications ci-après :

- Ajout autorisé de populations cibles spécifiques à un pays pour la lutte antivectorielle, au lieu d'une mise en commun de toutes les populations exposées au risque du paludisme d'une manière ou d'une autre, tel que l'utilise le Plan d'action mondial contre le paludisme³⁹. Il en résulte principalement une réduction des populations ciblées par les moyens de lutte antivectorielle en Inde, en Indonésie, au Pakistan, au Bangladesh et aux Philippines par rapport aux chiffres établis dans les plans nationaux de ces pays. À elles seules, l'Inde et l'Indonésie ont permis de réduire les coûts la lutte antivectorielle de près de 50 pour cent par rapport aux estimations du Plan d'action mondial contre le paludisme, suite à la différenciation des populations cibles. Dans tous les pays où les populations ciblées par les moyens de lutte antivectorielle a été revues à la baisse, l'accès aux systèmes globaux de lutte antivectorielle (moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent) a été rendu universel lorsqu'il ne l'était pas dans le Plan d'action mondial contre le paludisme. Cette mesure permet de se conformer aux plans nationaux visant à assurer une bonne couverture des moyens de lutte antivectorielle au sein de petits groupes définis de populations exposées.
- Report de l'année à partir de laquelle une baisse présumée des taux d'incidence permet de réduire les besoins en diagnostics et en traitements, de 2012 dans le modèle initial à 2014, la plupart des pays n'ayant pas terminé l'intensification.
- Réduction de la baisse des besoins en diagnostics auparavant entièrement proportionnelle à la baisse du taux d'incidence, pour passer à une réduction semi-proportionnelle. En particulier dans les contextes à faible taux d'incidence, une baisse du taux d'incidence du paludisme n'entraînera pas une diminution proportionnelle des cas fébriles nécessitant un diagnostic. Une réduction pourra être appliquée à mesure que le paludisme est officiellement éradiqué dans certaines régions et que les tests systématiques de tous les cas de fièvre sont suspendus.

³⁷ Les efforts continus de chiffrage des besoins liés aux mécanismes de santé communautaire – et l'impact sur les coûts et l'efficacité généraux des programmes de lutte contre la maladie lié aux mesures visant à combler ces besoins – est un des éléments que le Fonds mondial entend intégrer dans ses prochaines prévisions avec l'aide des partenaires.

³⁸ Le modèle du Plan d'action mondial contre le paludisme estime les besoins d'interventions majeures dans chaque pays, les multiplie par les coût unitaires entiers, y ajoute des montants modestes pour divers coûts programmatiques, puis élargit la couverture à grande échelle.

³⁹ Au Myanmar, au Cambodge, au Vietnam et en Thaïlande, le Fonds mondial s'est basé sur les populations cibles utilisées pour chiffrer les mesures de lutte contre la résistance, qui était également inférieure à la population totale exposée au risque.

- Report de l'intensification de l'accès aux tests de dépistage rapide de manière qu'il atteigne 50 pour cent en 2016 seulement dans tous les pays hormis l'Inde (où l'accès est estimé à 30 pour cent en 2016). On considère que la couverture des autres interventions sera achevée à l'horizon 2014 (dans le modèle initial, l'intensification était prévue entre 2009 et 2011). Une récente expérience en Afrique laisse entendre que la couverture en moustiquaires peut être intensifiée rapidement dans le cadre de campagnes de distribution à grande échelle. Cependant, l'accès aux tests de dépistage rapide dépend des systèmes de santé et devrait nécessiter plus de temps.

Les estimations de la demande se fondent sur les coûts des fournisseurs prestataires et sur une démarche « granulaire » (nombre d'interventions multiplié par le prix unitaire). Elles tiennent compte d'un taux d'inflation de trois pour cent par an.

Les prix unitaires utilisés pour les principaux produits sanitaires et leur distribution sont les suivants : pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, tous les pays ont calculé leurs coûts (exprimés en dollars américains) sur la base de 3,30 dollars par unité sortie d'usine, plus 2,50 dollars pour l'expédition et la distribution, soit un prix total par moustiquaire de 5,80 dollars. Pour les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent, le coût indiqué dans le Plan d'action mondial contre le paludisme de 7,75 dollars par ménage a été retenu pour les pays non africains, excepté pour la région de l'Asie et du Pacifique où le prix est abaissé à 5 dollars, et entre 3 et 5 dollars en Inde et dans les pays similaires qui utilisent depuis longtemps ce type de pulvérisations, dont le prix varie considérablement selon les pays, les caractéristiques résidentielles et d'autres facteurs locaux. Pour les pays africains, le prix unitaire des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent se base sur les estimations de mise en œuvre spécifiques à chaque pays. Pour les CTA dans les pays africains, le coût est estimé à 0,80 dollar par traitement par CTA, plus 0,20 dollar pour la distribution. Ce prix est une moyenne des formulations adaptées à chaque tranche pondérale, mais le rapport enfants/adultes de cas de paludisme est généralement beaucoup plus élevé en Afrique que dans le reste du monde. Pour les pays non africains, les coûts retenus sont donc de 1,20 dollar par traitement adulte et de 0,60 dollar par traitement pour un enfant de moins de cinq ans. Le coût unitaire des tests de dépistage rapide dans les pays africains a été estimé à 0,70 dollar, plus 0,30 dollar pour la distribution. Ces estimations se basent sur des tests Pf uniquement ; les combinaisons de tests requises par la plupart des pays hors Afrique sont plus onéreuses. Selon une analyse du système d'information sur les prix et la qualité du Fonds mondial, on estime que les combinaisons de tests de dépistage rapide ont été payées environ 30 pour cent plus chers que les tests Pf uniquement. Le prix unitaire des tests de dépistage rapide pour les pays non africains a donc été estimé à 0,90 dollar. On suppose que tous les coûts des produits sanitaires resteront stables sur les trois ans. Les autres coûts pour les pays africains se fondent sur les estimations nationales.

Impact

L'OMS a estimé la part des foyers qui possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée en 2012 d'après les enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national (enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes par grappes à indicateurs multiples ou enquêtes sur les indicateurs du paludisme). Dans les cas où aucune enquête n'a été conduite auprès des ménages en 2012, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée est estimée selon un modèle développé par Flaxman *et al.*¹, qui tient compte des résultats des précédentes enquêtes, du nombre de moustiquaires achetées auprès de fabricants et du nombre de moustiquaires distribuées dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

Le nombre total de vies sauvées a été estimé à partir de deux calculs : le nombre de décès dus au paludisme anticipés sur la période 2014-2016 sans distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, et le nombre de décès dus au paludisme anticipés dans le cadre des différentes options de financement (85 pour cent du financement couvert, avec un montant fixe). Le nombre de vies sauvées selon chaque option de financement a ensuite été calculé par soustraction.

Estimation du nombre de décès dus au paludisme entre 2014 et 2016 sans distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.

Cette estimation s'est faite en deux temps :

1. Le nombre de décès dus au paludisme en 2010 est tiré d'estimations du Rapport mondial sur le paludisme 2012⁴. Le nombre de décès anticipés en l'absence de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2010 est estimé comme suit :

L'impact estimé des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée pour la période 2014-2016 s'appuie sur les chiffres de 2010 et suppose une évolution proportionnelle à la croissance démographique. La formule est la suivante :

$$D_o = D_{2006} / ((1 - X_{2010}) + X_{2010} * E)$$

où :

- D_o = décès dus au paludisme en 2010 en l'absence de distribution de moustiquaires dans un pays
- D_{2010} = décès dus au paludisme anticipés dans un pays en 2010 selon le Rapport mondial sur le paludisme 2012
- X = pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide, tiré d'un modèle de couverture en moustiquaires mis au point par Flaxman *et al.*
- E = incidence de la possession d'au moins une moustiquaire sur la réduction de la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Supposée de 55 pour cent, selon un examen des essais de contrôle randomisés par Eisele *et al.*² (ce paramètre peut être modulé dans le modèle de tableur).

2. Le nombre de décès dus au paludisme pour la période 2014 à 2016 en l'absence de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide est tiré des estimations pour 2010 et suppose une évolution proportionnelle à la croissance démographique.

Estimation du nombre de décès dus au paludisme évités entre 2014 et 2016.

Le nombre de décès dus au paludisme évités chaque année est tiré du pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide, comme suit :

$$V = D_i * X_i * E$$

où :

- V_i = décès évités au cours de l'année i
- D_i = décès dus au paludisme en i en l'absence de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans un pays
- X_i = pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire en i
- E = incidence de la possession d'au moins une moustiquaire sur la réduction de la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

Cela suppose que les enfants vivant dans un foyer équipé de moustiquaires courent autant de risques de mourir du paludisme que les enfants des ménages non équipés. En pratique, des moustiquaires peuvent être distribuées aux ménages moins exposés au paludisme.

Aux fins d'évaluer l'impact potentiel avec des ressources limitées, les options d'établissement des priorités ci-après ont été définies :

A : Pas de ciblage – chaque pays atteint une couverture de 85 pour cent.

B : Réduction pour le Nigéria, la République démocratique du Congo et la Tanzanie à 7 pour cent chacun du total des moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées (un plafond budgétaire qui permet une couverture de 85 pour cent au total).

C : Ciblage des pays les plus exposés – couverture de 50 pour cent dans les 27 pays les moins touchés et de 100 pour cent partout ailleurs (pour une couverture de 85 pour cent au total).

Les options A et C reflètent deux extrêmes du spectre (répartition égale entre les pays ou ciblage important), la moyenne des deux a été retenue pour estimer l'impact d'une couverture des besoins en ressources à 85 pour cent.

Annexe D : Méthodologie utilisée pour estimer les financements nationaux et externes autres que ceux du Fonds mondial

Financements nationaux

L'estimation des financements nationaux susceptibles d'être mobilisés jusqu'en 2016 au titre de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays pouvant bénéficier de subventions du Fonds mondial a été établie en collaboration avec *Oxford Policy Management* et les partenaires techniques. Ces projections se fondent sur une méthodologie appliquée aux estimations liées au VIH lors de l'élaboration du cadre d'investissement de lutte contre le VIH en 2010-2011.

Les projections de financements nationaux s'appuient sur les données de financements publics (dont les prêts) communiquées à l'OMS et à l'ONUSIDA. Les dernières données fiables publiées datant de 2011, c'est cette année qui a servi de référence pour les calculs. Quand aucune donnée n'était disponible pour un pays, les estimations ont été établies à partir d'estimations. Toutes les projections sont exprimées en dollars américains aux coûts actuels et tiennent compte de l'inflation. Il convient de noter que les chiffres de référence, et donc les projections de financements nationaux alloués à la lutte contre le paludisme, ne tiennent pas compte des dépenses nationales de santé dans le cadre de programmes de lutte contre cette maladie.

Trois options ont été élaborées aux fins de prévoir les ressources nationales allouées à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. La première suppose que les financements nationaux évoluent proportionnellement aux projections du FMI en matière de croissance des dépenses publiques générales.

Les deuxième et troisième options s'appuient sur les priorités accordées par chaque pays au financement national de la lutte contre les trois maladies. Celles-ci s'expriment sous forme d'un indice de priorité des investissements nationaux, qui évalue le niveau de dépenses nationales au regard du budget public global et de la charge de morbidité de chacune des maladies⁴⁰. Cette démarche part de l'hypothèse normative que les pays qui dépensent le moins ont la possibilité de se rapprocher du niveau moyen de dépense dans les autres pays. Cette réallocation supplémentaire dans les pays qui investissent le moins suppose une révision à la hausse des prévisions des dépenses nationales. Il n'existe pas d'ajustement correspondant dans les pays qui dépensent le plus actuellement.

La deuxième option suppose que les dépenses publiques évoluent proportionnellement aux projections du FMI en matière de croissance des dépenses publiques globales *et* que les ressources ont été réallouées de telle sorte que les pays qui investissent peu atteignent la valeur médiane de l'indice de priorité des investissements nationaux à l'horizon 2020. La

⁴⁰ L'indice a été établi en divisant les dépenses nationales réelles par le produit du budget public et la charge de morbidité par habitant. Les mesures utilisées pour évaluer la charge de morbidité sont le taux de prévalence dans la population pour le VIH, le taux de prévalence pour la tuberculose et le taux d'incidence pour le paludisme.

troisième option est similaire à la deuxième, à ceci près que les pays qui investissent peu atteignent le 75^e centile de l'indice sur la même période.

Pour chaque maladie, les projections de dépenses nationales ne dépassaient en aucun cas le niveau des besoins en ressources estimés dans chaque pays, de sorte qu'elles n'excèdent pas les besoins en ressources pour la période considérée.

La hausse des financements alloués à la lutte contre les trois maladies ne pouvant être laissée à la charge exclusive des investisseurs externes, les partenaires techniques ont supposé qu'une partie croissante des investissements proviendrait des pays maîtres d'œuvre. Par ailleurs, les financements publics ont sensiblement augmenté ces dernières années, et toutes les conditions sont actuellement réunies pour que des ressources nationales supplémentaires soient mobilisées. Les partenaires techniques ont donc opté pour un scénario « médian » basé sur une référence au 50^e centile, qui repose sur l'hypothèse ambitieuse mais réaliste que les pays continueraient d'élargir les financements publics alloués aux programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Financements externes autres que ceux du Fonds mondial

La trajectoire des sources de financements externes étant souvent difficile à prévoir, les projections supposent que les investissements externes autres que ceux du Fonds mondial conserveront leur niveau de 2011, excepté lorsque des données fiables permettent de prévoir une évolution.

Les financements externes provenant d'autres sources que le Fonds mondial alloués à la lutte contre la tuberculose ont été estimés à la lumière des données publiées par l'OMS ces dernières années et des informations spécifiques sur les allocations de l'USAID aux pays en 2012. L'USAID est le premier investisseur bilatéral dans la lutte contre la tuberculose ; les données communiquées à l'OMS chaque année laissent entendre que les contributions des autres donateurs sont relativement faibles.

Pour le VIH, l'ONUSIDA a communiqué les niveaux des financements externes d'autres sources que le Fonds mondial en 2011 pour tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Pour le paludisme, le volume des financements externes autres que ceux du Fonds mondial en 2011 est estimé à partir du Rapport mondial sur le paludisme 2012. Une enveloppe supplémentaire de 0,2 milliard de dollars US a été ajoutée aux estimations annuelles pour la période 2014-2016 aux fins de refléter la hausse des financements du Ministère britannique du développement international anticipée dans ce même rapport.

Le Fonds mondial de lutte contre
le sida, la tuberculose et le paludisme

Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier
Genève, Suisse
Tel: +41 58 791 1700
Fax: +41 58 791 1701

www.theglobalfund.org

Tous droits réservés. Le présent document peut être librement cité, reproduit
ou traduit en tout ou en partie pour autant que la source soit reconnue.

Le Fonds mondial accepte les contributions de gouvernements, d'entreprises,
de fondations et de particuliers. Pour savoir comment contribuer, veuillez
consulter notre site web ou contacter l'équipe des relations extérieures à
l'adresse info@theglobalfund.org.

Pour plus de renseignements et pour des informations à jour à propos
du Fonds mondial,