



Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose :
Les besoins du Fonds mondial
en matière de ressources 2005-2007

Une publication du Fonds mondial en collaboration avec
l'Organisation mondiale de la Santé (les Départements de
Faire reculer le paludisme, de Halte à la tuberculose et de
VIH/SIDA, et le Département de mesure et d'information
sanitaire), les partenariats de Faire reculer le paludisme
et de Halte à la tuberculose et ONUSIDA



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



Table des matières

1.0	Rapport de synthèse	6
2.0	Méthodologie	10
3.0	Besoins de financement au vu de l'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial	12
3.1	Propositions des pays développés, indicateur de l'insuffisance des ressources	12
3.2	Ressources nécessaires à l'approbation des subventions jusqu'en 2007	13
3.3	Forme et calendrier des contributions	15
4.0	Besoins de financement au vu des besoins mondiaux liés au SIDA, à la tuberculose et au paludisme	18
4.1	Paludisme	18
4.2	Tuberculose	21
4.3	VIH/SIDA	22
4.4	Rôle des sources intérieures et extérieures par rapport aux besoins de financement totaux	23
5.0	Part du Fonds mondial dans les besoins mondiaux	26
6.0	L'après 2007	32
7.0	Annexes	34
7.1	Objectifs du Millénaire pour le développement	34
7.2	Politique de financement global	34
7.3	Méthodologie des besoins de financement relatifs au paludisme	35
7.4	Méthodologie des besoins de financement relatifs à la tuberculose	37

Ce rapport fait partie d'un ensemble de documents spécialement rédigés pour la première conférence sur le réapprovisionnement :

- *VIH/SIDA, paludisme et tuberculose : Le statut et l'impact de ces trois maladies* – ce document contient des renseignements de base essentiels tels que la charge de morbidité, l'impact sur les différentes sociétés et économies, les réponses et les interventions à échelle mondiale.
- *Investir pour l'avenir : Le Fonds mondial trois ans plus tard* – un bilan des défis relevés par le Fonds mondial, de ses progrès et de ses réussites à ce jour, où l'accent est mis sur les premières subventions éligibles à l'Étape n° 2.
- *Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose : Les besoins de financement du Fonds mondial pour 2005-2007* – calcul des besoins de financement basé sur les prévisions opérationnelles actuelles du Fonds mondial, ainsi que de l'ensemble des besoins de financement mondiaux nécessaires à la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- *Réapprovisionnement du Fonds mondial : Une évaluation indépendante* – évaluation externe du Fonds mondial portant sur ses problèmes, ses forces, ses faiblesses et ses opportunités.
- *Note technique sur la gestion financière du Fonds mondial* – présentation des arrangements fiduciaires, notamment gestion fiscale, politique et options de financement.

Tous les chiffres utilisés dans ces documents sont des estimations fondées sur les données disponibles au mois de février 2005.

Remerciements

La rédaction de ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration et les contributions de deux départements de l'Organisation mondiale de la santé, Faire reculer le paludisme (Charles Delacollette, Bernard Nahlen et Allan Schapira) et Halte à la tuberculose (Katherine Floyd, Joel Spicer, Chris Dye, Alasdair Reid, Diana Weil), du partenariat Halte à la tuberculose (Marcos Espinal) ; de l'ONUSIDA (Achmat Dangor, Paul DeLay, Cate Hankins et Jose Antonio Izazola), des groupes VIH/SIDA, TB et paludisme (Alex Ross) et Base factuelle et information à l'appui des politiques (EIP) au sein de l'OMS (Ties Boerma) du département VIH de l'OMS (Andrew Ball) et de la Division de la politique et de l'économie de la santé, Institut national de la santé publique, Cuernavaca, Mexique (Stefano Bertozzi, Juan Pablo Gutierrez)

L'équipe de production était constituée de Julie Archer, Beatrice Bernescut, John Busch, Tim Clark, Jon Lidén, Jessica Manansala, Trude Naimak et Rosie Vanek.

Crédits de photographie :

Couverture : Robert Pearce

p. 2 : John Rae

p.25 : Gary Hampton

p. 31: John Ray

p. 38-39 : WHO/Ray

Conception de couverture par : Lisa Dodson

Conception par Paprika : www.paprika-annecy.com

Mise en page pour la version française : Kaolis

Liste des acronymes

ACDI	Agence canadienne de développement international
ACT	Association thérapeutique comportant de l'artémisinine
ARV	Antirétroviral
CFP	Politique de financement global
DFID	Ministère du Développement international du Royaume-Uni
DOTS	Traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée (stratégie de contrôle de la tuberculose recommandée par l'OMS)
FRP	Faire Reculer le Paludisme
HBC	Pays à prévalence élevée
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infection sexuellement transmissible
MCN	Instance de coordination nationale
MILD	Moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable
MSM	Transmission sexuelle chez les hommes ayant des rapports homosexuels
MTI	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
ODM	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPID	Opération de pulvérisation intra-domiciliaire
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le SIDA
PIB	Produit intérieur brut
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
TDR	Tests de diagnostic rapide
TME	Transmission mère-enfant
TRP	Groupe d'étude technique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VCT	Dépistage et conseil volontaire pour le VIH
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
"3 by 5"	Initiative mondiale visant à fournir des traitements antirétroviraux à 3 millions de personnes d'ici fin 2005.

1.0 Rapport de synthèse

1.1 MANDAT DU FONDS MONDIAL

L'objectif du Fonds est d'attirer, de gérer et de déboursier des financements par l'intermédiaire d'une nouvelle fondation publique-privée qui contribuera de façon durable et significative à la réduction des infections, des maladies et des décès, et réduira par là même l'impact causé du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les pays en difficulté, contribuant ainsi au recul de la pauvreté dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement définis par les Nations Unies (*Règlement intérieur, Article 2, janvier 2002.*)

1.2 LE FONDS MONDIAL DANS SON CONTEXTE

Le Fonds mondial est engagé dans des efforts concertés visant à répondre aux besoins mondiaux de financement de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, en collaboration avec des organisations importantes telles que l'OMS et l'ONUSIDA et ses commanditaires associés, notamment la Banque mondiale, ainsi que d'autres agences multilatérales et bilatérales. En 2004, le Fonds mondial a contribué à environ 45 % de l'ensemble du financement international de la lutte contre le paludisme, 66 % du financement de la lutte contre la tuberculose, et 20 % du financement de la lutte contre le VIH/SIDA. Avec des décaissements cumulatifs de plus de 900 millions de dollars américains fin février 2005, le Fonds mondial a contribué de façon substantielle aux efforts internationaux de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le Fonds mondial a déjà permis :

- l'accès à des traitements antirétroviraux à vie pour 130 000 personnes
- une assistance et un dépistage du VIH auprès d'un million de personnes
- le traitement de la tuberculose par le biais du DOTS (stratégie de contrôle de la tuberculose recommandée par l'OMS) pour 385 000 personnes
- le traitement du paludisme par le biais de l'ACT (Association thérapeutique comportant de l'artémisinine) pour 300 000 personnes
- la distribution de 1 350 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir la transmission du paludisme.

De plus, le financement du Fonds mondial a permis à des organismes financés par des subventions de toucher des dizaines de millions de personnes grâce à divers programmes de prévention tels que des campagnes pour la modification des comportements, le développement communautaire, la distribution de préservatifs, l'appui ciblé aux personnes présentant les risques les plus élevés d'infection par le VIH tels que les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les populations mobiles, des programmes scolaires pour les enfants et les adolescents, ainsi que des campagnes de sensibilisation des communautés et des médias.

Aussi impressionnant que cela puisse paraître, il ne s'agit que d'une contribution modeste en comparaison avec les besoins mondiaux, et les efforts internationaux doivent être multipliés avant de parvenir aux objectifs définis à échelle internationale et de pouvoir inverser le courant de ces pandémies.

ZONE DE TEXTE N° 1 : DÉFINITION DES DIFFÉRENTS TERMES

Approbation : ce terme est utilisé lorsque le Conseil accepte la proposition d'une subvention, en principe pour une durée de cinq ans, et donne mandat au Secrétariat pour négocier et signer un accord de subvention avec le bénéficiaire de la dite subvention pour une phase initiale de deux ans, ou pour la prolongation d'une subvention vers une deuxième phase (généralement d'une durée de trois ans.)

Le terme **Engagement**, dans le contexte du Fonds mondial dans le présent document et ailleurs, se rapporte uniquement à la procédure de mise de côté de grandes quantités de financements pour couvrir les décaissements futurs de subventions approuvées et signées. Cette procédure est introduite à la demande de la Politique de financement global (voir annexe 6.2.) Cette politique est actuellement en examen.

Décaissement désigne le virement par versements échelonnés du montant de la subvention accordée au bénéficiaire par le fiduciaire. Les décaissements sont initiés une fois l'accord de subvention signé et sont effectués à divers intervalles pendant toute la durée de l'accord.

Le terme **Promesse de don** est employé lorsqu'un donateur promet de faire une contribution au Fonds mondial.

Une **Contribution** est une donation au Fonds sous forme d'argent liquide ou de billet à ordre payable sur demande (reportez-vous au paragraphe 3.3.4. pour plus de renseignements sur les billets à ordre).

Ce texte présente une évaluation des besoins de financement du Fonds mondial pour couvrir le premier cycle de réapprovisionnement 2006-2007 et aborder les besoins de financement spécifiques en 2005

1.3 DEUX PRÉVISIONS COMPLÉMENTAIRES DES BESOINS DE FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL

Le calcul du montant total des besoins de financement pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme vient compléter le calcul des besoins de financements, basé sur les prévisions opérationnelles actuelles du Fonds mondial. En étroite collaboration avec nos partenaires ONUSIDA, Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose et l'OMS, des modèles sont présentés afin d'établir un passage réaliste des financements à l'échelle supérieure susceptible d'engendrer des progrès significatifs en termes d'accès à la prévention, de soins et de traitements. Une évaluation modérée des financements extérieurs nécessaires en 2007 pour ces trois maladies (en ne tenant pas compte des efforts de recherche et développement) s'établit à 14,9 milliards de dollars américains (compte non tenu des financements internes). Cette somme comprendrait 11,5 milliards de dollars pour le VIH/SIDA, 2,6 milliards pour le paludisme et au moins 0,8 milliard pour la tuberculose.

1.4 BESOINS ANNUELS DE FINANCEMENT AU VU DE L'EXPÉRIENCE DES CYCLES DE SUBVENTION DU FONDS MONDIAL

Le Fonds mondial a élaboré un cycle de subvention fondé sur les principes de prise en charge par le pays, de partenariat avec d'autres institutions-clés et de décaissements basés sur les performances pour les programmes développés en vue d'atteindre des objectifs précis. Cette organisation n'en est encore qu'à ses débuts : la majorité de ses subventions ne dépassent pas les 12 mois d'ancienneté et le montant total annuel des décaissements prévu est de 1,2 milliard de dollars US pour 2005, 2,3 pour 2006 et jusqu'à 2,9 milliards pour 2007.

Les besoins annuels, basés sur l'expérience du Fonds lors de quatre étapes de financement en 2002-2004, sur des estimations de renouvellements de ses programmes actuels – qui marchent très bien – et sur des évaluations concernant de nouvelles étapes de financement, sont de 3,5 milliards de dollars en 2006 et 3,6 milliards pour 2007. A ce jour (le 28.02.05), les promesses de dons s'élèvent à 0,7 milliard de dollars US pour 2006 et 0,4 pour 2007. Par conséquent, si l'on prend en compte les coûts de fonctionnement envisagés dans les prévisions, des promesses supplémentaires de 2,9 milliards de dollars pour 2006 et 3,3 milliards pour 2007 seraient nécessaires pour permettre au Fonds mondial de poursuivre son modèle actuel de renouvellement des programmes fructueux et de

développement de une à deux étapes de financement par an pour les nouveaux programmes.

L'approbation des subventions 2005 englobera une nouvelle étape de propositions ainsi que le renouvellement de nombreuses subventions suite aux Etapes 1, 2 et 3, dans un délai de 20 mois après la date d'octroi de la subvention (qui correspond généralement à la date du premier décaissement.)

Si l'on se base sur ces suppositions, le financement nécessaire en 2005 sera de 2,3 milliards de dollars US.

Le Fonds mondial et ses partenaires prévoient une augmentation de la valeur des propositions à long terme pour plusieurs raisons (décrites au paragraphe 2.2.3.), et notamment grâce à l'augmentation du potentiel national et à l'amélioration de l'assistance technique. On prévoit cependant moins de financements nationaux en 2007 pour les renouvellements (voir la note de bas de page, Tableau 1) Il est possible, malgré tout, d'anticiper les besoins nationaux en soumettant des propositions de qualité concernant un ou plusieurs cycles en fonction des décisions du Conseil du Fonds mondial. Il est très probable que ces besoins soient largement supérieurs aux années précédentes. Il est prévu que la valeur combinée des nouvelles propositions et des subventions renouvelées chaque année augmente (voir ci-dessous).

**TABEAU N° 1 : BESOINS MINIMUMS DE FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL
NÉCESSAIRES À L'APPROBATION DES SUBVENTIONS 2005-2007**

APPROBATIONS DES SUBVENTIONS (ESTIMATION) : (en milliards de dollars américains)	2005	2006	2007
Nouvelles propositions de subventions (Etape 1)	1,0	1,1	2,6
Renouvellement des subventions (Etape 2)	1,3	2,4	1,0
Capacité d'approbation totale requise mds \$	2,3	3,5	3,6

Note : Le renouvellement des subventions pour 2007 est inférieur à 2006 étant donné que l'approbation de nouvelles subventions en 2005 (Etape 5) est prévue pour la fin de l'année. En conséquence, seule une petite proportion de subventions à l'Etape 5 parviendra au terme de leurs deux premières années et devra donc être renouvelée en 2007.

Les promesses de don faites au Fonds mondial en 2005 et après ne couvrent qu'une partie des besoins de financement, et d'autres promesses seront nécessaires afin de parvenir à une capacité d'approbation des subventions suffisante. Les promesses de dons à ce jour (le 28 février 2005) s'élèvent à 1,3 milliard de dollars américains. 0,1 milliard sera disponible sur les promesses de dons 2004 devant être versées en 2005. Par conséquent, le déficit sera de 0,9 milliard de dollars en 2005.

1.5 RÉALISATION DE L'OBJECTIF DU FONDS MONDIAL

L'ONUSIDA, Faire reculer le paludisme et Halte à la tuberculose ont défini des interventions et des programmes primordiaux dans la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Le montant total des financements extérieurs requis pour ces programmes s'élève à 13,4 milliards de dollars US en 2006 et 14,9 milliards en 2007¹. La mise en place de ces interventions permettra d'atteindre des objectifs importants, parmi lesquels :

- la réalisation de 71 % des objectifs de couverture préventive par rapport au VIH/SIDA d'ici 2007²
- la réduction de moitié de la mortalité due à la tuberculose et de la prévalence de cette maladie afin d'inverser son incidence d'ici 2010
- la réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité du paludisme d'ici 2010.

Les financements apportés par le Fonds mondial et ceux provenant d'autres institutions et mis en œuvre par de nombreux partenaires dans le monde permettraient d'apporter une contribution significative à la réalisation des Objectifs du

Millénaire pour le développement (OMD) En particulier, l'objectif numéro 6 (voir annexe 6.2), qui stipule ce qui suit : "Avoir arrêté et commencé à inverser la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015 et l'incidence du paludisme et d'autres maladies" pourrait être atteint pour la tuberculose et le paludisme et constituer les bases de la réalisation des objectifs liés au VIH/SIDA.

Atteindre les OMD dans le cas de ces trois maladies aura également un effet notoire sur d'autres OMD. Par exemple, si l'on cherche à atteindre les objectifs de réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Afrique, il faudra pour cela maîtriser le VIH/SIDA et le paludisme, tous deux principalement à l'origine des décès. Parmi les jeunes adultes, la tuberculose et le VIH/SIDA sont également les causes principales de morbidité et de mortalité. Si la tentative de diminution de l'impact de ces maladies échoue, les OMD concernant la réduction de la pauvreté, la réalisation des objectifs pédagogiques et de sécurité alimentaire deviendront impossibles à atteindre.

1.6 BESOINS ANNUELS BASÉ SUR LES PARTS CONSTANTES DU FONDS MONDIAL DANS LES FINANCEMENTS INTERNATIONAUX POUR LES TROIS MALADIES CONCERNÉES

A l'heure actuelle, la part moyenne du financement par le Fonds mondial des besoins en ressources externes pour les trois maladies est la suivante : environ 45 % pour le paludisme, 66 % dans le cas de la tuberculose et 20 % pour le VIH/SIDA. Si l'on applique cette part au montant des financements externes internationaux, qui est de 13,4 milliards de dollars américains en 2006 et 14,9 milliards en 2007, on obtient

des besoins de financement de 3,6 milliards en 2006 et 4 milliards en 2007 pour le Fonds mondial.

Ces estimations, provenant des projections des besoins de financement mondiaux effectuées par des partenaires, viennent compléter les calculs basés sur l'expérience des cycles de subvention actuels du Fonds mondial. Les deux modèles

présentent des besoins de financement de l'ordre de 3,5 à 4 milliards de dollars américains et mènent à la conclusion qu'un tel niveau de financements serait approprié et permettrait au Fonds mondial de contribuer de manière significative à la réussite des OMD dans le cadre d'un effort international constant.

TABEAU N° 2 : DÉFICIT DE FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL POUR 2005-2007
(EXPRIMÉ EN MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS)

MANQUE DE FONDS (en milliards de dollars américains)	2005	2006	2007
Capacité d'approbation des subventions totale requise (voir plus haut)	2,3	3,5	3,6
Frais d'exploitation moins les intérêts ⁽¹⁾		0,1	0,1
Moins : Fonds disponible de l'année précédente	-0,1		
Contributions totales requises	2,2	3,6	3,7
Moins : Promesses de dons ⁽²⁾ à ce jour (23 février 2005)	-1,3	-0,7	-0,4
Promesses de dons supplémentaires requises \$bn	0,9	2,9	3,3
⁽¹⁾ <i>Frais d'exploitation moins les intérêts créditeurs : de 30 à 70 millions de dollars américains, selon l'usage qui est fait des billets à ordre (un usage plus élevé réduirait le solde de caisse et donc les intérêts). Le montant pour 2005 est converti en entier ; les montants pour 2006 et 2007, sur l'hypothèse d'une utilisation accrue des billets à ordre, s'élèvent à environ 0,1 milliard. Les frais d'exploitation comprennent les honoraires des agents locaux des fonds, du Comité technique d'examen des propositions et du Secrétariat.</i>			
⁽²⁾ <i>Le montant des promesses de don pour 2005 comprend 0,1 milliard de dollars sur les promesses de dons 2004 devant être versés en 2005.</i>			

¹ Ce chiffre ne prend pas en compte les besoins liés à la recherche et au développement.

² Les objectifs relatifs aux traitements, aux soins et au soutien sont actuellement en cours d'examen par l'ONUSIDA et l'OMS et seront publiés lors de la réunion qui se tiendra le 9 mars à Londres.

Ce rapport présente deux approches complémentaires de l'évaluation des besoins de financement du Fonds mondial pour 2005-2007. Cette évaluation, fondée sur l'expérience des cycles de subvention du Fonds, vient compléter l'estimation des besoins totaux effectuée par ses partenaires.

APPROCHE N° 1 : FONDÉE SUR L'EXPÉRIENCE DES CYCLES DE SUBVENTION DU FONDS MONDIAL

2.1 Cette approche donne une estimation du montant nécessaire au Fonds mondial pour traiter des besoins nationaux, propositions de financement et subventions accordées, en se basant sur son expérience, selon ses principes fondamentaux. Cette approche ascendante est mise en place en réponse à une insuffisance des financements dans les pays éligibles qui ne sont pas couverts par les financements intérieurs ou extérieurs fournis par d'autres donateurs multilatéraux ou bilatéraux, comme le reflètent les propositions au Fonds mondial. Les besoins de financements estimés dans cette approche sont exposés au chapitre 3 et traduisent les projections du Fonds mondial selon lesquelles la valeur des propositions pour les étapes à venir augmentera, en exploitant les investissements engendrés par des programmes créés au cours d'étapes précédentes en matière d'infrastructure, de capacité d'absorption et de progression des traitements.

APPROCHE N° 2 : FONDÉE SUR LA PART DU FONDS MONDIAL DANS LES BESOINS MONDIAUX

2.2 Pour valider les résultats de l'approche ascendante, les besoins de financement du Fonds mondial sont également calculés comme une partie des besoins totaux effectivement requis pour lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ces besoins sont exposés au chapitre 4. Le Fonds mondial, pour les méthodologies et les calculs, a collaboré avec des organismes partenaires faisant autorité : L'OMS, L'ONUSIDA, Faire reculer le paludisme et Halte à la tuberculose (voir zone de texte n° 2.) La part actuelle du Fonds mondial dans l'approvisionnement en financements externes a été décidée d'un commun accord et appliquée aux besoins de financements croissants pour les trois maladies.

2.3 Les besoins de financement décrits ici sont généralement basés sur la réalisation des objectifs fixés par les partenaires internationaux sur un laps de temps précis. Habituellement, ils reposent sur des modèles qui utilisent des coûts unitaires fixes et les données de couverture prévues pour élaborer des estimations quant aux niveaux de dépense nécessaire pour atteindre les objectifs indiqués. Tous ces chiffres sont des estimations fondées sur les données disponibles au mois de février 2005.

2.4 Les estimations provenant de cette approche sont exposées au chapitre 4, qui contient les besoins totaux actuels pour le VIH/SIDA et la tuberculose, ainsi que les coûts différentiels liés au paludisme. La méthodologie des coûts différentiels donne l'estimation des ressources supplémentaires nécessaires par rapport aux dépenses actuelles. Cette méthode a ses limites : il est souvent difficile de déterminer des dépenses concrètes. Ceci est cependant moins problématique pour le paludisme, dans le cas duquel les dépenses courantes ne représentent qu'une petite proportion des ressources nécessaires à la satisfaction des besoins.

ZONE DE TEXTE N° 2 : COLLABORATION DES PARTENAIRES DU FONDS MONDIAL DANS L'ESTIMATION DU BESOIN MONDIAL

Faire reculer le paludisme Le programme de partenariat mondial Faire reculer le paludisme, département de l'OMS, comprend plus de 90 partenaires représentant les pays où ces maladies sévissent, des organisations non-gouvernementales, le secteur privé, des milieux universitaires et des organismes et internationaux. Cette initiative a été fondée en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale. Les partenaires travaillent en collaboration afin de réaliser des objectifs internationaux de contrôle du paludisme et de coordonner leurs activités pour assurer la meilleure utilisation possible des financements. Le département de l'OMS est responsable de la politique et de la formulation de la stratégie relative au paludisme, de l'appui aux opérations et du développement des capacités. Faire reculer le paludisme a pour but d'appliquer les bonnes pratiques d'interventions basées sur la politique de l'OMS ainsi que les références normatives et les lignes directrices de la prévention et du contrôle du paludisme, y compris le suivi et l'évaluation. Ce département évalue aussi les besoins de financement futurs concernant le contrôle du paludisme.

Halte à la tuberculose Halte à la tuberculose est un mouvement mondial s'efforçant d'accélérer l'action sociale et politique afin de stopper la propagation de la tuberculose dans le monde. Le partenariat Halte à la tuberculose est un programme de l'Organisation mondiale de la santé. De même que pour Faire reculer le paludisme, l'OMS regroupe une assistance technique et des fonctions de suivi et d'évaluation (y compris l'examen des financements disponibles pour les états membres de l'OMS en vue du contrôle de la tuberculose.) Ce partenariat implique toutes les organisations et les particuliers concernés par les mesures nécessaires, à court et long terme, visant à maîtriser et plus tard à éliminer la tuberculose, en tant que problème de santé publique dans le monde. On compte à ce jour plus de 300 partenaires, notamment les 10 pays dans lesquels la prévalence de la tuberculose est la plus élevée, ainsi que des agences multilatérales (telles que l'OMS, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Fonds mondial), des ONG, des agences techniques, des sociétés et des partenaires communautaires. Plusieurs coalitions de partenaires (groupes de travail) ont vu le jour afin d'accélérer les progrès dans des domaines particuliers, y compris l'expansion du DOTS (traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée), le développement de nouveaux médicaments contre la tuberculose, la mise en quarantaine des cas urgents de tuberculose/VIH et de tuberculose multirésistante (TB-MR), préconisation, communication et mobilisation des financements.

ONUSIDA Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, il est le principal défenseur de l'action mondiale contre cette épidémie. Il mène, renforce et soutient une réponse élargie visant à prévenir la transmission de l'infection à VIH grâce à des soins et une aide régulière, à réduire la vulnérabilité

des individus et des communautés vis-à-vis du VIH/SIDA et à limiter l'impact de l'épidémie. L'ONUSIDA soutient une réponse mondiale au SIDA plus efficace grâce à sa prépondérance et sa préconisation d'une action effective sur l'épidémie ; des informations stratégiques pour diriger ses efforts vers la lutte contre le SIDA dans le monde entier ; surveillance, suivi et évaluation de l'épidémie et des réponses qui peuvent être apportées à celle-ci ; engagement de la société civile et développement de partenariats ; mobilisation des financements pour soutenir une réponse efficace. L'ONUSIDA est une association innovante des membres de la famille des Nations Unies. Son programme réunit les efforts et les ressources de dix organisations des Nations Unies dans le but d'aider les pays du monde entier à prévenir les infections par la VIH, à apporter des soins aux personnes déjà infectées et à réduire l'impact de l'épidémie. Les dix organisations coparrainantes de l'ONUSIDA sont les suivantes : Haut Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés (HCR) ; Fonds International de secours à l'enfance des Nations Unies (UNICEF) ; Programme alimentaire mondial (PAM) ; Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ; Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ; Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ; Organisation internationale du travail (OIT) ; Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) ; Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale.

Programme de l'Organisation mondiale de la santé relatif au VIH. L'OMS prend en charge les problèmes liés au secteur de la santé en proposant des conseils normatifs et techniques et en apportant une aide technique aux pays concernés. La section VIH de l'OMS assure le développement d'une ligne d'action et de stratégies, l'appui des opérations et le développement des capacités en ce qui concerne le traitement et la prévention du VIH. En septembre 2003, l'OMS a déclaré que le manque de traitements VIH représentait une urgence mondiale de santé publique. En décembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative "3 by 5", dont l'objectif est d'arriver à traiter 3 millions de personnes atteintes du VIH d'ici fin 2005. L'OMS est en effet l'organisme technique chef de file de l'ONU lorsqu'il s'agit de questions liées au développement du nombre de traitements du VIH. L'OMS travaille avec de nombreux partenaires au soutien de la prévention du VIH et au développement des traitements à l'échelle nationale ainsi qu'au renforcement du système de santé sous-jacent. L'OMS regroupe traditionnellement les données de surveillance, d'évaluation et de suivi, et observe les efforts déployés. De cette manière, l'OMS travaille en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires pour l'estimation de l'impact du programme de surveillance et du programme épidémiologique. Les actions de l'OMS vis-à-vis du VIH concernent plusieurs départements de son siège ainsi que ses bureaux régionaux et nationaux.

3.0 Besoins de financement au vu de l'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial

L'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial à ce jour conduit à une estimation des besoins s'élevant à 3,5 milliards de dollars américains pour 2006 et 3,6 pour 2007

3.1 PROPOSITIONS DES PAYS DÉVELOPPÉS, INDICATEUR DE L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES

3.1.1 Le Fonds mondial a été créé sur le principe de prise en charge nationale. Il n'évalue pas les besoins d'un pays, n'impose aucun programme et ne détermine pas une somme précise à mettre à disposition en vue d'un financement. Le Fonds mondial demande aux pays ayant une prévalence de la maladie importante, éligibles au financement, de déterminer leurs propres priorités et leurs insuffisances de financement et de soumettre des propositions avec des interventions et des cibles concrètes. Le Fonds publie une estimation des ressources disponibles au moment du lancement de chaque étape de financement, sans toutefois fixer de plafond de financement dans un pays donné. C'est au pays concerné de faire la demande des sommes nécessaires en se basant sur les priorités nationales et sur le potentiel d'utilisation des ressources pour des programmes efficaces.

3.1.2 La structure principale pour une demande au Fonds mondial est l'Instance de coordination nationale (ICN). Les normes du Fonds mondial concernant les ICN requièrent la représentation dans ces Instances du gouvernement national, de la société civile, du secteur privé et d'autres partenaires concernés. De manière générale, les partenaires multilatéraux (l'ONUSIDA, l'OMS et la Banque mondiale) et les agences bilatérales qui apportent des contributions financières importantes au pays en question sont également représentées. Ce mécanisme sert à garantir que les demandes prennent en compte les financements intérieurs et la contribution de la société civile ainsi que des financements externes de la part de sources multilatérales et bilatérales. Les demandes déposées auprès du Fonds mondial sont conçues afin d'identifier et de remédier aux insuffisances des financements existants.

Le montant d'une proposition de financement au cours d'une étape précise correspond approximativement à l'insuffisance des financements identifiée à un moment précis dans un pays soumettant une proposition au Fonds mondial.

3.1.3 Les demandes déposées auprès du Fonds mondial sont envoyées à un Groupe d'étude technique (TRP) qui évalue celles-ci selon deux critères principaux : valeur technique et capacité de mise en œuvre. Le Groupe d'étude technique est constitué par des experts possédant une grande expérience et des connaissances établies de longue date des trois maladies et qui se procurent des informations complémentaires sur des aspects particuliers d'un pays auprès de partenaires multilatéraux.

3.1.4 Sur les quatre étapes des demandes de financement à ce jour, le TRP en a recommandé 40 % du total au Conseil pour approbation (voir tableau n° 3.) Les propositions infructueuses ont été rejetées en raison de lacunes au niveau de la qualité technique ou d'inquiétudes quant à la capacité de mise en œuvre. Les ressources à disposition du Fonds mondial pour chaque étape des demandes de financement ont jusqu'ici suffi à obtenir l'approbation par le Conseil de toutes les propositions recommandées par le TRP.

Ainsi, on peut dire que les sommes approuvées correspondent plus ou moins à la capacité d'absorption ou de distribution des pays éligibles. Le premier test de cette hypothèse est l'examen de tous les programmes en vue d'une décision éventuelle de renouvellement au terme des deux premières années (reportez-vous à *Investir pour notre avenir : Le Fonds mondial trois ans plus tard, qui contient une analyse des 27 premières subventions éligibles de l'Etape n° 2*).

3.1.5 Le Fonds mondial a reconnu dès le départ que les investissements dans le développement des ressources humaines et des infrastructures sanitaires étaient absolument indispensables à la réalisation d'objectifs spécifiques à ces maladies. Dès lors, la politique du Fonds permet d'inclure des ressources spécifiques aux subventions en ce qui concerne les besoins d'infrastructures, et notamment la participation aux frais d'exploitation et de formation tels que les salaires. Dans les Etapes 1 à 4, les budgets des subventions approuvées se répartissaient de la sorte : 20 % environ pour le développement des ressources humaines et la formation et 13 % pour les infrastructures matérielles.

3.0 Besoins de financement au vu de l'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial

TABLEAU N° 3 :

VALEUR TOTALE DES PROPOSITIONS EXAMINÉES ET ACCORDÉES PAR LE FONDS MONDIAL DANS LES ÉTAPES 1 À 4

PROPOSITIONS EXAMINÉES PAR LE COMITÉ TECHNIQUE D'EXAMEN DES PROPOSITIONS ET APPROUVÉES PAR LE CONSEIL (BUDGET TOTAL POUR CHAQUE SÉRIE)				
milliards de dollars US	Budget pour les deux premières années de la proposition (Phase I)		Budget global pour la durée totale de la proposition (normalement 5 ans)	
	Examinée	Approuvée	Examinée	Approuvée
Série 1	1,6	0,6	4,0	1,6
Série 2	2,2	0,9	5,1	2,0
Série 3	1,9	0,6	4,8	1,6
Série 4	2,7	1,0	6,4	3,0
Total	mds \$ 8,4	3,1	20,3	8,2
% approuvé sur les propositions examinées :				40 %
<i>Remarque : les propositions approuvées reçoivent un financement de subventions initial pour les deux premières années seulement, avec une possibilité de renouvellement pour le reste de la durée de la proposition (Phase II).</i>				

3.1.6 Etant donné que le Fonds mondial a exprimé sa volonté d'investir dans un soutien à long terme à la formation et aux ressources humaines et dans d'autres coûts en cours tout en restant une organisation jeune, il est extrêmement important de développer une relation de confiance quant à sa viabilité à long terme et à son niveau de financement. Le réapprovisionnement constitue un élément crucial de cette stratégie. Ces engagements à longue échéance de la part des bénéficiaires de subventions nécessitent un niveau de confiance élevé dans la disponibilité de financements suffisants dans l'avenir. L'un des problèmes les plus importants liés à l'aide au développement est son instabilité et son caractère imprévisible.

3.2 RESSOURCES NÉCESSAIRES À L'APPROBATION DES SUBVENTIONS EN 2007

3.2.1 En appliquant les principes exposés ci-dessus, le Fonds mondial a approuvé quatre étapes de subventions d'un montant total de 3,1 milliards de dollars américains, consacrés aux deux premières années (Étape 1) des programmes approuvés dans 127 pays. Les programmes touchant à la fin de l'Étape 1 peuvent faire l'objet d'une demande de deuxième étape de

financement (qui dure généralement de la troisième à la cinquième année.) Dans la mesure où les programmes ont atteint des résultats acceptables, le Fonds mondial peut approuver des financements supplémentaires (Étape 2) pour l'achèvement du programme (habituellement de cinq ans.) Le Fonds mondial estime que 85 % des projets présenteront des progrès suffisants pour mériter un renouvellement de la subvention pour l'Étape n° 2. Ces renouvellements sont prioritaires par rapport à d'éventuelles nouvelles étapes de subvention dans un environnement déterminé par les financements. Les renouvellements de l'Étape n° 2 représenteront une composante majeure des besoins de financements du Fonds mondial pour 2005 et les années qui suivront.

3.2.2 Outre les renouvellements de subventions pour l'Étape n° 2, le Fonds mondial prévoit l'approbation d'au moins une à deux nouvelles étapes de subventions de valeur croissante par an (ces subventions seraient éligibles à un renouvellement deux années plus tard, avec des besoins de financement anticipés au moment du renouvellement). Il est prévu que la valeur totale en dollars des sommes de chaque étape soumise au Fonds mondial et approuvée par celui-ci augmente progressivement pour plusieurs raisons :

1. Une capacité accrue est attendue au niveau national en raison de l'investissement du Fonds mondial dans les ressources humaines et les infrastructures. Ces investissements permettront aux bénéficiaires des subventions d'augmenter proportionnellement les programmes.

2. La capacité accrue des pays résulte également de l'aide technique et du soutien national apportés par des partenaires tels que la société civile, le secteur privé, l'OMS, l'ONUSIDA, Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose et bien d'autres, dans le cadre d'efforts renforcés tels que l'initiative "3 by 5".

3. La qualité et la compétence technique des propositions des pays devraient augmenter, étant donné que des renseignements sont tirés de chaque étape, à la fois par les auteurs des programmes et par les partenaires qui les conseillent. Avec pour résultat une valeur globale accrue des propositions approuvées.

4. L'introduction et la mise en œuvre de nouvelles technologies essentielles telles que les associations thérapeutiques comportant l'artémisinine (ACT) et les moustiquaires imprégnées d'insecticides à efficacité durable (MILD) engendreront des dépenses accrues dans les budgets consacrés aux programmes. Une augmentation des coûts liés au traitement est également attendue : un certain nombre de personnes atteintes du SIDA devront

passer à un traitement de deuxième ligne et de plus en plus de patients atteints de tuberculose ont besoin d'un traitement contre les bacilles multi-résistants.

5. La propagation de ces trois maladies oblige les pays bénéficiaires à déployer des efforts supplémentaires pour répondre aux besoins mondiaux et à soumettre des propositions de plus grande envergure. Cette augmentation prévue est également reflétée dans les projections des besoins mondiaux de financement présentées dans ce document par nos partenaires ONUSIDA, l'OMS, Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme.

Les besoins accrus prévus plus haut pour les étapes de demandes de financement à venir sont traduits sous forme d'estimations de leur valeur totale, c'est-à-dire : 1 milliard de dollars US pour une étape en 2005, 1,1 milliard pour une étape en 2006 et ensuite une ou deux étapes en 2007, d'une valeur totale de 2,6 milliards.

3.2.3 Si l'on tient compte du développement graduel des nouvelles étapes de subventions et des renouvellements des subventions déjà existantes, les besoins minimums du Fonds mondial en matière de ressources pour une capacité totale d'approbation des subventions (voir paragraphe 1.4) en 2005–2007 équivalent à ce qui suit :

APPROBATIONS DES SUBVENTIONS (ESTIMATION) (en milliards de dollars américains)	2005	2006	2007
Approbation des nouvelles subventions (Etape I) ⁽¹⁾	1.0	1.1	2.6
Renouvellement des subventions (Etape II) ⁽²⁾	1.3	2.4	1.0
Capacité d'approbation totale requise mds \$	2.3	3.5	3.6
<p>(1) en supposant que les subventions de l'Etape 5 seront approuvées en 2005, celles de l'Etape 6 en 2006 et celles des Etapes 7 et 8 en 2007. On estime que la valeur totale des subventions approuvées au cours de l'Etape 1 de chaque cycle (les deux premières années) s'élève à 1 milliard de dollars US pour l'Etape 5, 1,1 milliard pour l'Etape 6 et 1,3 milliards pour les Etapes 7 et 8 respectivement.</p> <p>(2) en supposant que 85 % des subventions seront renouvelées pour l'Etape II (normalement des années 3 à 5) et que ce renouvellement sera approuvé vingt mois après le premier décaissement. Le renouvellement des subventions pour 2007 est inférieur à 2006 étant donné que l'approbation de nouvelles subventions en 2005 (Etape 5) est prévue pour la fin de l'année. En conséquence, seule une petite proportion de subventions à l'Etape 5 parviendra au terme de leurs deux premières années et devra donc être renouvelée en 2007.</p>			

3.0 Besoins de financement au vu de l'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial

3.2.4 Les promesses de don à ce jour ne couvrent qu'une partie des besoins de financement et d'autres promesses conséquentes sont nécessaires pour obtenir une capacité d'approbation des subventions suffisante.

MANQUE DE FONDS (en milliards de dollars américains)	2005	2006	2007
Capacité d'approbation des subventions totale requise (voir plus haut)	2,3	3,5	3,6
Frais d'exploitation moins les intérêts ⁽¹⁾		0,1	0,1
Moins : Fonds disponible de l'année précédente	-0,1		
Contributions totales requises	2,2	3,6	3,7
Moins : Promesses de dons ⁽²⁾ à ce jour (23 février 2005)	-1,3	-0,7	-0,4
Promesses de dons supplémentaires requises mds \$	0,9	2,9	3,3

⁽¹⁾ *Frais d'exploitation moins les intérêts créditeurs : de 30 à 70 millions de dollars américains, selon l'usage qui est fait des billets à ordre (un usage plus élevé réduirait le solde de caisse et donc les intérêts). Le montant pour 2005 est converti en entier ; les montants pour 2006 et 2007, sur l'hypothèse d'une utilisation accrue des billets à ordre, s'élèvent à environ 0,1 milliard. Les frais d'exploitation comprennent les honoraires des agents locaux des fonds, du Comité technique d'examen des propositions et du Secrétariat.*

⁽²⁾ *Le montant des promesses de don pour 2005 comprend 0,1 milliard de dollars sur les promesses de dons 2004 devant être versés en 2005.*

3.3 FORME ET CALENDRIER DES CONTRIBUTIONS

3.3.1 Politique de financement : La politique de financement global (voir annexe 6.2) établie par le Conseil du Fonds mondial nécessite l'approbation du financement des subventions par le Conseil¹ au cours de n'importe quelle année mais sans dépasser le montant du capital non engagé du Fonds, y compris les promesses de dons pour des sommes devant faire l'objet d'une contribution durant cette même année. Dans l'histoire du Fonds mondial et jusqu'à aujourd'hui, les ressources disponibles ont couvert toutes les propositions recommandées par le TRP et approuvées par la suite par le Conseil. Conformément aux exigences de la politique du Fonds, suite à l'approbation du Conseil et à la négociation ultérieure de la subvention entre le Secrétariat et le bénéficiaire de celle-ci, un accord de subvention ne peut être signé que si un capital suffisant à régler le coût total de la mise en œuvre de la subvention a été remis à l'Administrateur sous forme d'argent liquide ou de billet à ordre payable sur demande (reportez-vous au paragraphe 3.3.4. pour plus de renseignements sur les billets à ordre.) Le capital est réparti sur toute la durée de l'accord de subvention (d'une durée habituelle de deux à trois ans), de manière à ce que les décaissements pério-

diques correspondent aux besoins et aux performances du bénéficiaire de la subvention.

3.3.2 Capacité d'approbation et contributions : Conformément à la politique exposée ci-dessus, une capacité d'approbation des subventions est déterminée en fonction des sommes non engagées des contributions ou des promesses de contributions jusqu'à la fin de l'exercice civil au cours duquel a lieu l'approbation de la subvention. Par conséquent, toute promesse de don prise en compte pour déterminer la capacité d'approbation pendant n'importe quelle année doit être comblée (sous forme d'argent liquide ou de billet à ordre, comme indiqué plus haut) au cours de l'année en question.

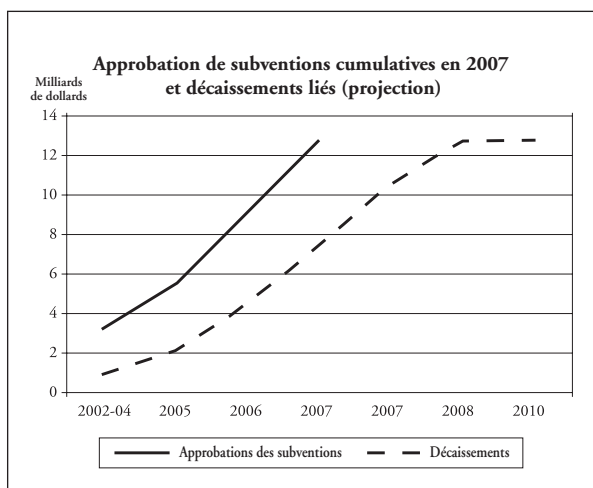
3.3.3 Besoins de décaissements : Etant donné que les subventions du Fonds durent généralement deux à trois ans³ (deux ans pour l'Étape 1 et trois ans pour l'Étape 2), le décaissement de la somme correspondant à la subvention accordée est réparti sur plusieurs années suite à l'approbation de la subvention. Par exemple, des subventions dont la capacité d'approbation est requise en 2006 et 2007 seront déboursées

³ *Propositions pour fonds inclus les renouvellements de Phase 2*

de 2006 à 2010 (le schéma n° 1 ci-dessous montre le délai écoulé entre l'approbation des subventions à partir de la date de prise d'effet, sur l'année 2007 et jusqu'à ce que le décaissement soit complet.)

3.3.4 Billets à ordre : Connaissant le délai inhérent entre l'approbation d'une proposition de subvention et le versement de tous les décaissements périodiques du montant de la subvention, la politique du Fonds permet d'accepter les contributions sous forme de billets à ordres publics encaissables aux dates qui coïncideront avec les besoins de décaissements du Fonds (cependant tous les donateurs sauf un ont jusqu'à maintenant apporté leur contribution en argent liquide, en conséquence de quoi le Fonds détient aujourd'hui un capital suffisamment élevé pour s'acquitter du montant encore non versé de toutes les subventions des Etapes 1 à 4.) Un document séparé (*Note technique sur la gestion financière du Fonds mondial*) donne le compte rendu des besoins de décaissement du Fonds et de l'échéancier des encaissements prévu relativement aux contributions pour l'année 2006 et 2007.

SCHEMA N° 1 : DÉCALAGE ENTRE L'APPROBATION DE LA SUBVENTION ET L'ACHÈVEMENT DU DÉCAISSEMENT



"Approbation des subventions" désigne la valeur des nouvelles subventions – y compris les renouvellements de l'Etape 2 – approuvées par le Conseil du Fonds mondial chaque année. "Décaissements" désigne le virement par versements échelonnés du montant de la subvention accordée au bénéficiaire par le fiduciaire. Les décaissements commencent après l'approbation d'une proposition de subvention par le Conseil et la signature ultérieure d'un accord de subvention, et s'effectuent à plusieurs intervalles pendant toute la durée de l'accord de subvention.

TABEAU N° 4 : ENGAGEMENTS DE SUBVENTIONS SUR 2007 ET DÉCAISSEMENTS CORRESPONDANTS

Les tableaux ci-contre donnent le récapitulatif de la valeur des engagements de subventions de l'Etape 1 dont l'approbation est prévue en 2007, les décisions ultérieures relatives à l'Etape 2 et les décaissements pour chaque année découlant de ces engagements. Ce tableau ne contient aucun cycle pour la période ultérieure à 2007.

1. Les "subventions approuvées" correspondent à la valeur des engagements de nouvelles subventions, y compris les renouvellements de l'Etape II, approuvées chaque année par le Conseil du Fonds mondial ; ces subventions sont déboursées pendant toute la durée de l'engagement (en général deux ans pour l'Etape I et trois ans pour l'Etape II.)
2. Le tableau ci-dessus suppose l'approbation des engagements aux subventions de l'Etape 5 en 2005, de l'Etape 6 en 2006 et des Etapes 7 et 8 en 2007. La valeur totale des subventions approuvées pour l'Etape I de chaque cycle (les deux premières années) est estimée à 1 milliard USD pour l'Etape 5, 1,1 pour l'Etape 6 et 1,3 milliards pour les Etapes 7 et 8 respectivement. Un renouvellement à 85 % est prévu pour l'Etape I (généralement pour les années 3 à 5), approuvé dans les vingt mois qui suivent le premier décaissement.
3. Les décaissements commencent après l'approbation des subventions par le Conseil et la négociation ultérieure des accords de subvention, et s'effectuent à plusieurs intervalles pendant toute la durée de l'engagement de subvention. Par conséquent, les engagements de subventions approuvées en 2007 et le renouvellement ultérieur de l'Etape II de ces subventions seront déboursés au cours de l'année 2012.
4. Les tableaux comprennent uniquement les montants des subventions approuvées en 2007 et les renouvellements ultérieurs de l'Etape II de ces subventions. Les nouveaux cycles susceptibles de recevoir une approbation après 2007 ne sont pas inclus. On prévoit donc une augmentation de la totalité des subventions à approuver en 2008 et plus tard en raison de la mise en œuvre de nouveaux cycles (ultérieurs à l'Etape 6). (Il se peut que les totaux ne semblent pas correspondre car ils ont été arrondis.)

3.0 Besoins de financement au vu de l'expérience des cycles de subvention du Fonds mondial

SÉRIE DE SUBVENTION	SUBVENTIONS APPROUVÉES EN 2007*						
millions de dollars	2002-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Phase I							
Séries 1 à 4	3 087						
Série 5		1 000					
Série 6			1 100				
Séries 7 & 8				2 600			
Phase II							
Séries 1 à 4	120	1 311	2 403	438			
Série 5				574	701		
Série 6 à 8					1 485	2 321	912
Total (millions de dollars)	3 207	2 311	3 503	3 612	2 187	2 321	912
Par an (milliards de dollars)	3,2	2,3	3,5	3,6	2,2	2,3	0,9
Cumulatifs (millions de dollars)	3,2	5,5	9,0	12,6	14,8	17,1	18,1

SÉRIE DE SUBVENTION	DÉCAISSEMENT DE SUBVENTIONS APPROUVÉES EN 2007*								
millions de dollars	2002-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Phase I									
Séries 1 à 4	860	987	1 142	98					
Série 5		3	250	638	110				
Série 6			94	486	520				
Séries 7 & 8				213	1 026	1 219	143		
Phase II									
Séries 1 à 4		239	793	1 465	1 199	577			
Série 5				33	382	459	402		
Série 6 à 8					215	925	1 598	1 375	604
Total (millions de dollars)	860	1 229	2 279	2 931	3 452	3 179	2 143	1 375	604
Par an (milliards de dollars)	0,9	1,2	2,3	2,9	3,5	3,2	2,1	1,4	0,6
Cumulatifs (millions de dollars)	0,9	2,1	4,4	7,3	10,8	13,9	16,1	17,4	18,1

* Et les renouvellements de Phase 2 suivants

L'addition des totaux peut ne pas figurer du fait qu'ils ont été arrondis.

4.0 Besoins mondiaux de financement pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA de 2005 à 2007

Le Fonds mondial fait partie d'un effort mondial pour lutter contre les maladies transmissibles les plus dévastatrices. De nombreuses organisations, à la fois sur le plan national et international, participent à la mise en œuvre d'activités indispensables qui nécessitent des financements suffisants pour avoir une portée globale. Les calculs des besoins mondiaux de financement doivent prendre en considération la prévalence des maladies dans les pays affectés, l'efficacité et le coût des interventions, la capacité de mise en œuvre et le rôle joué par les divers partenaires.

Le chapitre suivant fournit des renseignements détaillés sur la meilleure estimation possible des financements nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'échelle internationale. Il a été développé en collaboration avec nos partenaires Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose, l'OMS et l'ONUSIDA. Il se fonde sur les plus récentes données disponibles concernant les prix des produits et des services.

4.1 PALUDISME

ZONE DE TEXTE N° 3 : OBJECTIFS ET CIBLES CONCERNANT LE PALUDISME

Objectifs de l'initiative Faire reculer le paludisme

Le partenariat Faire reculer le paludisme apporte son soutien à la réalisation des objectifs suivants :

- les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernant le paludisme visent à faire reculer et à commencer à inverser l'incidence du paludisme dans le monde d'ici 2015 ;
- plus précisément, la Déclaration d'Abuja contre le paludisme vise à réduire de moitié la morbidité et la mortalité causées par le paludisme en Afrique d'ici 2010. C'est au sommet d'Abuja de Faire reculer le paludisme, qui s'est tenu au Nigeria en avril 2000, qu'est née cette Déclaration, signée par les chefs d'états africains, les représentants gouvernementaux et les partenaires clés, notamment l'UNESCO, le DFID, USAID, l'ACDI, la Banque africaine de développement et la Coopération française.

Pour y parvenir, des objectifs concrets ont été fixés pour 2005 :

- au moins 60 % des personnes atteintes du paludisme doivent avoir accès à un traitement ;
- au moins 60 % des personnes à risque doivent avoir accès à des méthodes de prévention telles que les moustiquaires ;
- au moins 60 % des femmes enceintes doivent bénéficier d'un traitement préventif intermittent.

Lors de sa réunion du mois de janvier 2005, le Conseil d'administration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a décidé de proposer à l'Assemblée mondiale de la santé de viser une couverture minimale de 80 % des principales interventions de soin et de prévention d'ici 2010.

4.0 Besoins mondiaux de financement pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA de 2005 à 2007

4.1.1 Le paludisme impose une charge énorme aux nations touchées par cette pandémie. La mortalité due à cette maladie touche plus d'un million de personnes chaque année, et les nombreux autres épisodes cliniques qui nécessitent un traitement antipaludéen constituent une vraie charge pour les sociétés, bien au-delà du système de santé, affectant le développement et pesant considérablement d'un point de vue économique à la fois sur les communautés et sur les institutions. Les tendances des dépenses actuelles montrent qu'environ 300 à 500 millions USD (USD) sont destinés chaque année, à ce jour, au contrôle du paludisme. Ce niveau est bien inférieur au niveau requis pour remplir les objectifs internationaux (décrits plus haut). On constate un grand retard dans la couverture actuelle, et des efforts considérables doivent être déployés pour atteindre ces objectifs concrets et finir par atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Le programme Faire reculer le paludisme a établi le coût du déploiement d'interventions clés qui englobe la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable (ITN), la pulvérisation intradomiciliaire (IRS) et l'accès à un traitement pour les personnes atteintes de cette maladie. L'approche méthodologique du point de vue international fait l'objet d'un bref compte-rendu à l'annexe 6.4.

4.1.2 Les bénéfices des investissements actuels dans la lutte contre le paludisme sont manifestes. L'accroissement des efforts préventifs permettra de réduire en définitive la demande de traitements des cas les plus graves de paludisme de 50 %, diminuant de ce fait les coûts à long terme. Un changement de stratégie récent concernant les associations thérapeutiques comportant de l'artémisinine (ACT) a considérablement augmenté le coût total lié au paludisme, mais il permettra également de réduire le coût des cas de paludisme graves. En outre, l'application généralisée de moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres méthodes de contrôle anti-vectorielles permettront de limiter le besoin en ACT, et plus particulièrement lorsque ces méthodes sont associées à des tests de diagnostic.

4.1.3 Les coûts principaux des infrastructures ont été intégrés à ce document et comprennent un ensemble basique d'équipements, de fournitures et de formation en vue de garantir l'efficacité de la distribution des services de santé. En outre, les frais engendrés par les améliorations concernant le transport, l'approvisionnement et le stockage et par la gestion de programmes ont été inclus pour développer par la suite les systèmes de santé. Cependant, cette estimation ne comprend pas les équipements supplémentaires.

4.1.4 De manière générale, les besoins de financement des professionnels de la santé et des infrastructures sanitaires sont inférieurs dans le cas du paludisme à ceux de la tuberculose et du SIDA. Le traitement du paludisme ne requiert habituellement pas d'hospitalisation et peut être pratiqué par des travailleurs sanitaires dans les dispensaires et les centres de santé ou à domicile à condition de disposer des informations adéquates. La distribution de médicaments contre le paludisme a lieu en grande partie dans le secteur non structuré de l'économie. Ceux-ci sont souvent achetés dans des kiosques par des personnes pensant reconnaître les symptômes du paludisme.

4.1.5 Le développement des moustiquaires imprégnées d'insecticide n'implique pas d'infrastructures sophistiquées et chères ni de personnels médicaux hautement formés, il requiert simplement un certain degré de gestion avec une surveillance précise. En revanche, l'application à grande échelle de la pulvérisation intradomiciliaire exige une organisation un peu plus importante et l'entretien de certaines compétences bien spécifiques. Pour que le développement des activités menées actuellement contre le paludisme permette d'atteindre des objectifs plus ambitieux, un investissement durable dans les infrastructures d'approvisionnement, de transport et de distribution sera toujours nécessaire, ainsi qu'une formation de recyclage de certains professionnels de la santé.

4.1.6 Les objectifs concernant le paludisme sont loin d'être atteints à l'heure actuelle, particulièrement en Afrique, où la prévalence est la plus lourde et où des changements importants dans le secteur des produits de base ont eu lieu au cours des dernières années, ce qui signifie que les chiffres présentés ici risquent d'être sous-évalués par rapport aux coûts réels permettant d'assurer le contrôle efficace du paludisme. L'introduction de nouvelles infrastructures telles que les cliniques et les lieux d'entreposage de moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable et les frais engendrés par une formation poussée d'infirmières et de médecins, ajoutée à l'incorporation du paludisme dans la dispensation de soins de santé génésique, risquent fort d'augmenter les coûts du contrôle du paludisme bien au-delà des estimations actuelles.

4.1.7 L'estimation des besoins relatifs au paludisme présentée ici s'élève à 2,9 milliards USD par an dans le monde. Actuellement, environ 300 millions USD proviennent de

circuits de financement internes. Une description des coûts relatifs par intervention figure dans le Tableau 5.

TABEAU 5 : BESOINS DE FINANCEMENTS EN 2007 POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Interventions spécifiques	Nombre d'unités en 2007	Coût unitaire	Besoins de financement annuels en millions USD ⁴
Lutte anti-vectorielle dans les zones de haute endémicité (moustiquaires insecticides à efficacité durable, LLIN) pour les groupes vulnérables	31,5 millions de LLIN	7 USD par LLIN obtenue et distribuée à la population cible	220
Associations thérapeutiques comportant de l'artémisinine	1 102 millions de doses	Enfants –5 ans, 0,6 USD/dose Enfant 5-15 ans, 0,99 USD/dose Adultes, 1,7 USD/dose	1 180
Tests de diagnostic rapide	776 millions de tests	Coût moyen : 0,7 USD par patient testé	543
Traitement préventif intermittent lors de grossesses	39,7 millions de traitements	0,164 USD pour chaque femme enceinte	6,5
Gestion des cas graves de paludisme	11,6 millions de cas	Coût moyen : 24 USD par cas	280
Prévention et contrôle des épidémies	Dans toutes les zones sujettes à l'épidémie de paludisme	4 300 USD par kit d'équipement/de formation	119
Infrastructures, institutions et transport de base	1 kit pour chaque province touchée par le paludisme, de 2 à 6 pour le programme central de lutte	2 000 USD par kit + véhicule (pour la population à risque)	362
Formation	Selon le type d'intervention	Estimations propres au pays	91
Agents sanitaires des collectivités, spécialistes techniques	1 pour 4 000 habitants De 1 à 3 en fonction de la densité de la population	Primes et soutien propres au pays. 50 000 USD en salaires pour les recrutements directs	58
Recherche, suivi et évaluation opérationnels	De 2 à 6 études par an sur la résistance aux médicaments, de 2 à 6 études/an sur la résistance aux insecticides, surveillance de routine, 5 membres du personnel et 15 visites	Estimations propres au pays	28
		TOTAL	2,9 milliards USD

⁴ Les estimations précédentes, dont les chiffres concernant le paludisme étaient inférieurs, ont été mises en circulation. Elles mentionnaient une estimation de 2 milliards USD de financement pour les 70 pays où le paludisme sévit et où se concentre sa prévalence. L'estimation la plus récente, 3 milliards USD, prend en compte les informations de 82 pays qui représentent l'ensemble des pays du monde où la prévalence du paludisme est endémique (46 en Afrique sub-saharienne et 36 en Asie, Océanie et aux Amériques.) La méthodologie de calcul du coût et les objectifs de couverture n'ont pas changé. Remarquons que les éléments présentés dans ce tableau ne visent pas à conseiller une stratégie particulière, ils illustrent simplement les bases de calcul des coûts. Dans nombre de domaines par exemple, les moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable (LLIN) ne seront pas forcément l'outil par défaut pour la lutte anti-vectorielle.

4.0 Besoins mondiaux de financement pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA de 2005 à 2007

En janvier 2005, le Conseil d'administration de l'Organisation mondiale de la santé a envisagé un plan mondial regroupant des projets visant à atteindre les ODM. Suite à la décision prise au cours de la conférence du Conseil d'administration pour parvenir à des objectifs mieux définis et plus ambitieux en vue d'accélérer la réponse au paludisme, les estimations des besoins de financement ont été précisées et mises à jour, comme indiqué ci-dessus. Le Secrétariat du partenariat Faire reculer le paludisme a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires et avec des experts techniques afin d'améliorer les estimations des besoins en financements qui permettraient de répondre entièrement aux objectifs fixés par la communauté internationale.

ZONE DE TEXTE N° 4 : OBJECTIFS CONCERNANT LA TUBERCULOSE

Objectifs concernant la tuberculose

Le partenariat Halte à la tuberculose et les Objectifs du Millénaire pour le développement ont défini tout un ensemble d'objectifs visant à réduire la prévalence globale de la tuberculose :

- détecter 70 % des nouveaux cas infectieux de tuberculose d'ici 2005 ;
- soigner au moins 85 % de tous les cas infectieux traités d'ici 2005 ;
- réduire la mortalité et la prévalence de la tuberculose et commencer à inverser l'incidence de la tuberculose d'ici 2015.

4.2 TUBERCULOSE

4.2.1 La tuberculose a provoqué 2 millions de décès en 2003 et près de 9 millions de cas ont été détectés, principalement dans les pays en voie de développement. En infectant un tiers de la population mondiale, cette maladie guérissable affecte les foyers et les économies nationales. Le partenariat Halte à la tuberculose a développé le premier Plan mondial Halte à la tuberculose (2001–2005) comprenant quatre objectifs essentiels :

- élargir la stratégie DOTS actuelle pour que chacun, où qu'il soit, ait accès à un diagnostic et à un traitement efficaces ;
- adapter la stratégie DOTS pour relever les défis du VIH et de la pharmacorésistance de la tuberculose ;
- améliorer les outils existants en mettant au point de meilleurs outils diagnostiques, de nouveaux médicaments et un nouveau vaccin ;
- renforcer le partenariat mondial Halte à la tuberculose de sorte que les stratégies de lutte antituberculeuse qui ont fait leurs preuves soient effectivement appliquées.

Le Partenariat a créé un ensemble de financements nécessaires, décrit dans le Tableau 6, afin d'identifier les composants essentiels qui permettront d'atteindre les objectifs définis dans la Zone de texte n° 4.

4.2.2 DOTS est une stratégie essentielle qui vise à réduire la prévalence de la tuberculose. L'expansion du traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée (DOTS) constitue une partie importante des besoins en financements du traitement de la tuberculose. La plupart des programmes de surveillance de la tuberculose ont été intégrés dans les systèmes de santé nationaux. La part des coûts totaux de surveillance fournie par les financements intérieurs est donc relativement élevée. La surveillance de la tuberculose implique des opérations contrôlées et parfaitement gérées qui, à leur tour, demandent un degré d'infrastructure sanitaire relativement élevé comprenant des laboratoires de référence et de premier niveau, une distribution de médicaments parfaitement organisée, des cliniques pour les soins externes et, parfois, des hôpitaux pour les premières phases de traitement. L'accroissement des taux de détection et de soin permettant d'atteindre les objectifs demandera des investissements supplémentaires en professionnels de la santé, logistique et infrastructures sanitaires.

4.2.3 En outre, deux défis considérables affectent les estimations de coût relatives à la tuberculose : l'épidémie du VIH/SIDA et le problème de la tuberculose à bacilles multirésistants (MDR-TB). Bien que la relation entre le virus VIH/SIDA et la tuberculose soit clairement établie, l'information concernant les coûts des activités communes pour lutter contre ces deux épidémies est limitée. Un travail est en cours afin d'estimer plus précisément les besoins de ces activités en tant qu'élément du développement d'un second Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015). Il conviendra d'éviter de dupliquer les coûts des interventions concernant la tuberculose et le VIH/SIDA, et plus particulièrement dans le traitement antirétroviral des patients tuberculeux.

Des interventions spécifiques sont reprises dans le Tableau 6 et sont additionnées pour fournir une estimation propre à la maladie s'élevant à environ 2,0 milliards USD par an. L'OMS estime que 1,2 milliard provient de financements intérieurs, soit 58 % de l'estimation globale du projet (y compris les crédits et prêts contractés auprès de la Banque mondiale).

TABLEAU 6 : BESOINS EN FINANCEMENTS CONCERNANT LA TUBERCULOSE (2006–2007)

Domaine	Intervention spécifique	Besoins de financements annuels en millions USD (minimum*)
Expansion DOTS	Besoins des pays à forte prévalence	1 425
	Soins de la tuberculose dans les autres pays	288
	Assistance technique et coordination	47
Adaptation et amélioration DOTS	Tuberculose/VIH	129
	Tuberculose à bacilles multirésistants	91
		2 milliards USD

* Les estimations sont des minima car il est prévu que les traitements et activités conjoints tuberculose/VIH pour la MDR-TB augmentent en 2006 et 2007 par rapport aux niveaux actuels qui sont faibles et de par l'expansion accrue du DOTS. (La somme des totaux peut sembler ne pas correspondre car ils ont été arrondis.)

4.2.4 Cependant, 2,0 milliards USD seront toujours insuffisants. Notre expérience en matière de meilleure couverture de DOTS au cours des dernières années nous indique que les dépenses devront passer de 860 à 1 320 millions USD (soit une augmentation de 50 %) dans les 22 pays à forte prévalence (HBC) pour faire passer la couverture d'environ 37 % en 2002 à 60 % en 2005. Des fonds supplémentaires seront indispensables pour atteindre l'objectif de détection de 70 % des cas fixé par l'Assemblée mondiale de la santé et le Partenariat Halte à la tuberculose. Pour les pays tels que l'Inde, la Chine et l'Indonésie, les coûts de cet objectif (70 %) sont inclus dans les estimations présentées mais des dépenses supplémentaires seront nécessaires pour de nombreux autres pays, en particulier en Afrique. En outre, il semble que les ressources dédiées à la tuberculose/VIH et la MDR-TB devront sensiblement augmenter pour permettre d'améliorer les faibles niveaux actuels d'intervention et d'activité.

4.3 VIH/SIDA

4.3.1 Depuis 2001, trois opérations majeures ont été mises en œuvre pour évaluer les besoins globaux concernant le VIH/SIDA. En vue de préparer la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001, une première analyse exhaustive avait été entreprise pour proposer une estimation des besoins en financements pour le VIH/SIDA (Schwartlander et al., 2001). Ce travail incluait les interventions de prévention, les traitements, les soins et l'assistance. Il déboucha sur un total de 9,2 milliards USD en 2005 pour répondre aux besoins annuels des pays aux revenus faibles et

moyens. Une mise à jour de ce dernier fut présentée en 2002 à la Commission du programme ONUSIDA qui la repoussa jusqu'en 2007 et fit une estimation d'un besoin annuel total pour tous les financements de 10,5 milliards USD en 2005 et de 15,2 milliards USD en 2007 (y compris les coûts associés à la prophylaxie de post-exposition au travail et la sécurité des injections médicales).

4.3.2 ONUSIDA est en train de préparer de nouvelles estimations des besoins en financements globaux pour une réponse plus large au SIDA dans les pays aux revenus faibles et moyens. Ces estimations seront rendues publiques lors d'une réunion au sommet qui se tiendra à Londres le 9 mars et qui sera organisée par ONUSIDA et les gouvernements britanniques, français et américains (couramment appelés "Making the Money Work: The 'The Three Ones' in Action"). Le document de l'ONUSIDA sera mis à disposition des participants au réapprovisionnement du Fonds mondial avant la première réunion du 14 au 16 mars à Stockholm. Des informations préliminaires indiquent que ONUSIDA proposera une option intermédiaire, située autour de 13,5-15,5 milliards USD annuels, pour répondre aux besoins en financements globaux pour le VIH/SIDA dès 2007.

4.3.3 Ces estimations englobent un ensemble d'interventions avec des résultats spécifiques à chacune. La façon dont elles seront mises en œuvre dans le temps dépendra de la capacité et des priorités de chaque pays. Bien que les résultats généraux attendus puissent être un bon indicateur concernant le nombre de personnes qui seront concernées par chaque

4.0 Besoins mondiaux de financement pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA de 2005 à 2007

intervention au cours des prochaines années, la croissance de la couverture globale dépendra de la manière dont chaque pays définira le développement de ces ensembles.

4.3.4 L'estimation du Fonds mondial présentée dans ce document utilisera la somme intermédiaire (fixée à 14,5 milliards USD) pour calculer la part de ce dernier dans les besoins en financements futurs.

4.3.5 Ces financements permettront d'atteindre 71 % des objectifs de couverture de prévention complète d'ici 2007. Ceci comprend les programmes de prévention visant la population générale, c'est-à-dire les médias de masse, les tests et l'assistance volontaires ; les groupes à haut risque, c'est-à-dire l'éducation à l'école, la jeunesse non scolarisée, les travailleurs du sexe et les homosexuels ; et les programmes de délivrance spécifiques, c'est-à-dire l'approvisionnement en préservatifs, la prise en charge des MST, la transmission mère-enfant, la sécurité liée aux transfusions/dons sanguins et la prophylaxie de post-exposition.

4.3.6 Cette option fournirait également des ressources suffisantes pour un développement considérable de l'accès au traitement, aux soins et à l'assistance, y compris les soins palliatifs, les tests de diagnostic et la prophylaxie pour les infections opportunistes, les traitements antirétroviraux (ART) et la surveillance en laboratoire de l'ART⁵.

4.3.7 La contribution aux financements des sources intérieures, aussi bien publiques que privées, a considérablement augmenté au cours de ces dernières années et plus particulièrement après la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001. La prise de conscience et l'implication politique sont bien supérieures dans la plupart des pays affectés. On estime que les dépenses intérieures (y compris les frais complémentaires) attendront environ 3 milliards USD en 2007, les 11,5 milliards restants devant provenir d'une coopération internationale.

4.3.8 Une certaine assistance aux orphelins et enfants vulnérables est incluse dans ce calcul bien qu'elle soit insuffisante pour palier aux conséquences dévastatrices du VIH/SIDA au sein de ce groupe particulier.

4.4 LE RÔLE DES SOURCES INTÉRIEURES ET EXTÉRIEURES DANS LA COUVERTURE DES BESOINS EN FINANCEMENTS GLOBAUX

4.4.1 Les financements intérieurs sont fondamentaux dans la lutte contre ces maladies, mais certaines limitations existent et des pays peuvent ne pas réunir les fonds sanitaires suffisants. Les objectifs d'Abuja établis par les chefs d'états africains en avril 2001 étaient ambitieux et visaient à augmenter le pourcentage du PIB dédié aux dépenses de santé pour passer de 5 % (taux actuel) à 15 %, et ce dans tous les pays du continent africain. Seuls quelques pays ont réussi à atteindre ces objectifs. L'analyse démontre que des budgets intérieurs plus importants sont possibles, mais l'élasticité des nations les plus pauvres, principalement situées en Afrique, est bien limitée. De même, certains pays souffrent malheureusement bien plus que d'autre de cette maladie. Les dépenses de santé de certains pays ont chuté en même temps que leur PIB et ces dépenses étaient déjà bien faibles dans les nations les plus pauvres. Les demandes en infrastructures et les besoins de santé devront se contenter des ressources disponibles.

4.4.2 Les frais complémentaires sont plus ou moins reflétés dans ces estimations. Toutefois, ces frais sont souvent directement contractés pour des dépenses sanitaires catastrophiques, et plus particulièrement dans les pays les plus pauvres et présentant les prévalences les plus élevées. Ils ne peuvent donc pas être considérés comme disponibles pour ceux qui vivent dans la plupart de ces nations appauvries. La capacité à gérer le financement complémentaire varie énormément : en Amérique latine, une moyenne de 11 % des frais de santé totaux sont issus de cette source, ce qui n'est généralement pas le cas dans les autres régions.

4.4.3 Les produits de première nécessité pour ces trois maladies restent comparativement chers et dépassent le budget des gouvernements de pays en voie de développement. Les fonds octroyés au paludisme proviennent principalement de sources internationales, notamment pour les moustiquaires et les ACT. Au fur et à mesure du développement du programme, d'autres fonds devront être mobilisés à partir de ressources internationales.

⁵ L'objectif pour traitement, assistance et soutien est toujours sous considération par l'OMS et l'ONUSIDA et sera annoncé pour une conférence qui se tiendra à Londres le 9 mars 2005.

4.4.4. Les estimations des financements intérieurs dédiés à ces trois maladies sont limitées et il a été suggéré que les estimations incluses ici pouvaient se situer bien en deçà de la réalité, spécialement en ce qui concerne le paludisme. Nous travaillons actuellement avec nos partenaires techniques pour améliorer les méthodologies de mesure et leur mise en œuvre. Toutefois, même si les contributions intérieures sont sous-estimées, il est peu probable qu'elles aient un impact sur les besoins en financements provenant de sources internationales étant donné que de telles différences sont certainement

limitées (dans le cas de la tuberculose et du VIH) et elles n'ont pas été incluses dans les estimations du paludisme qui représentent des besoins supplémentaires.

4.4.5. La part extérieure des besoins en financements totaux devant être fournis par les donateurs internationaux est constituée par ce total diminué des contributions intérieures. À partir de ce calcul, 14,9 milliards USD devraient être obtenus de l'extérieur pour couvrir les besoins concernant le SIDA, la tuberculose et le paludisme en 2007.

TABLEAU 7 : ESTIMATIONS DES COÛTS POUR 2007 CONCERNANT CES TROIS MALADIES (EN MILLIARDS USD)

	Paludisme	Tuberculose	VIH	Total
Besoins en financements	2,9	2,0	14,5	19,4
Total des apports intérieurs	0,3	1,2	3,0	4,5
Part extérieure totale	2,6	0,8	11,5	14,9

1. बाह्य कक्ष
2. माइक्रोस्कोपी
लैब
3. दवाई वित्त
कक्ष.
4. एक्स
क



5.0 Part du Fonds mondial dans le Besoin mondial

5.1 Le Fonds mondial a besoin financements suffisants pour pouvoir réaliser son mandat au sein d'une architecture globale visant à résoudre des problèmes sanitaires spécifiques. Le Fonds mondial reçoit la majorité de ses financements des gouvernements du monde entier qui soutiennent également tous les autres instruments d'aide au développement dans des organisations bilatérales et multilatérales. Le Fonds mondial valorise les contributions de tous ces partenaires et tente de parfaire, mais en aucun cas de remplacer, leurs efforts. Il doit donner la preuve constante de la valeur ajoutée justifiant le flux des financements via son mécanisme particulier.

5.2 Lorsque le Fonds mondial fut créé en 2001, l'idée était de concevoir un nouvel organisme financier dont les caractéristiques marqueraient une différence par rapport aux organismes existants. Des experts des pays donateurs et receveurs, des organisations multilatérales, la société civile et le secteur privé ont conçu cet instrument pour qu'il s'adapte parfaitement aux demandes spécifiques et qu'il constitue une réponse efficace à ces trois maladies transmissibles.

Parmi ces caractéristiques spécifiques on trouve :

- Des critères d'éligibilité qui permettent à tous les pays aux revenus faibles et moyens, ainsi qu'à un petit nombre de pays aux revenus moyens à élevés (définition de la Banque mondiale) de déposer des demandes auprès du Fonds mondial. Cette politique a eu un impact très large avec des programmes mis en œuvre dans 127 pays et deux territoires, y compris de nombreux pays ne participant à aucune organisation bilatérale ou multilatérale.
- L'inclusion de la société civile et du secteur privé à tous les niveaux d'activité du Fonds mondial. Il a été reconnu que seule une participation totale de tous les partenaires peut conduire à une mise en œuvre durable et efficace des programmes vitaux.
- Une organisation réduite au minimum avec des frais généraux minimes pour optimiser l'attribution des ressources aux programmes. En 2004, l'entretien du Secrétariat de Genève ne représentait que 3 % des coûts des programmes.
- Un mécanisme innovant impliquant des sociétés d'audit basées sur place pour assurer la comptabilité sans présence directe dans le pays.
- La mise en œuvre d'une liaison entre financements basés sur les performances et décaissements afin d'atteindre des objectifs clairs, quantifiables et vérifiables.

5.3 La combinaison de ces caractéristiques fait du Fonds mondial un instrument adéquat pour des programmes et interventions particuliers alors que la nature même de sa structure montre qu'il dépendra toujours de la collaboration de partenaires nationaux et internationaux. Il est important de garder ces facteurs à l'esprit au moment de déterminer la part que le Fonds mondial doit apporter aux contributions internationales dans la lutte contre ces trois maladies.

5.4 Le Fonds mondial est déjà un élément central de l'architecture financière internationale. Il constitue le canal principal regroupant les ressources internationales vouées au contrôle de la tuberculose et du paludisme auquel il contribue à hauteur de 45 % et 66 % respectivement. En outre, le Fonds mondial est un acteur de poids dans le soutien des programmes contre le VIH/SIDA dans le monde entier. Bien que le manque de données de comparaison entre tous les donateurs principaux rende difficile l'estimation de la contribution réelle du Fonds mondial aux activités dirigées contre le VIH/SIDA, sa participation a été estimée à 20 % environ.

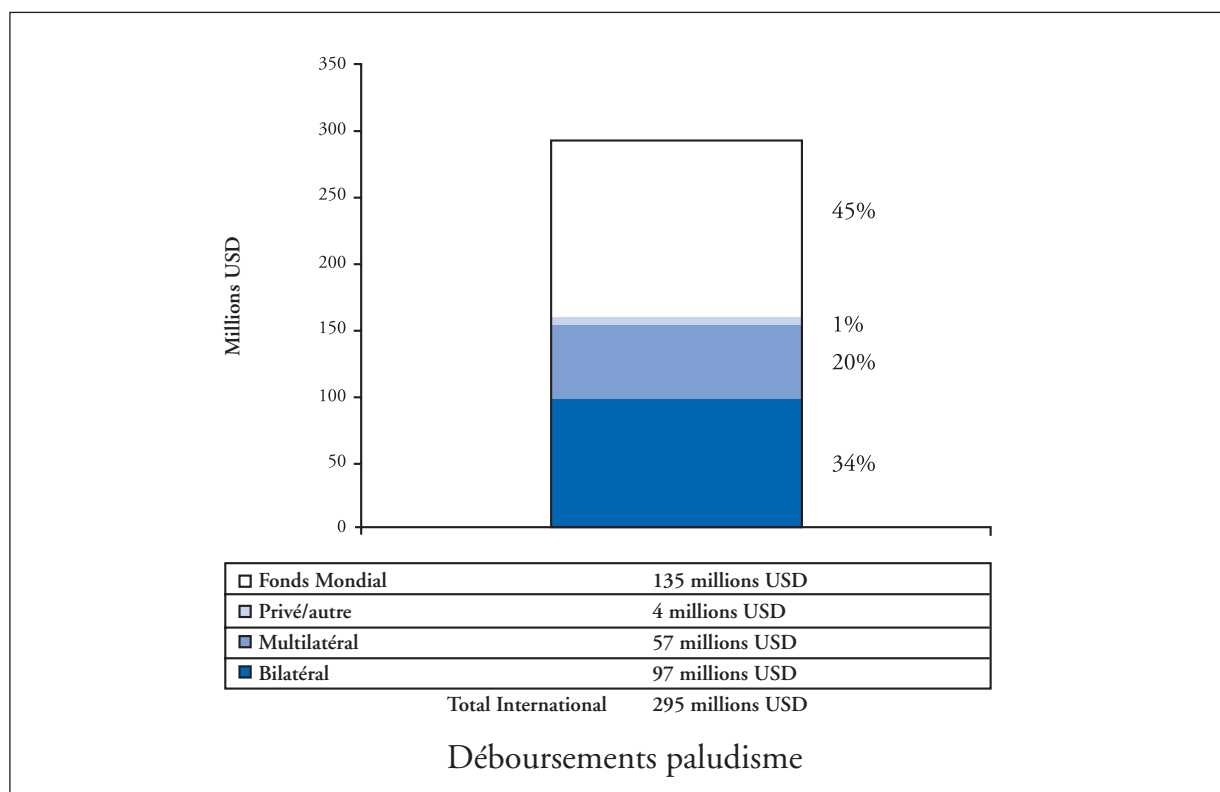
5.5 Le paludisme a longtemps été négligé par les donateurs internationaux. Même une technologie aussi élémentaire et peu onéreuse que les moustiquaires n'a pas reçu un soutien suffisant par des financements extérieurs. Le Fonds mondial a été le premier organisme de financement important à aider les pays à passer des anciens traitements de première intention par la chloroquine, traitements peu onéreux mais également de plus en plus inefficaces, aux produits à base d'artémisinine nettement plus efficaces. Il a montré une flexibilité et une rapidité de réaction importantes à une modification environnementale qui a nécessité la reprogrammation des financements en fonction des recommandations internationales de traitement.

5.6 Les autres donateurs principaux concernant le paludisme sont la Banque mondiale qui a investi 100 à 150 millions USD entre 2000 et 2004 dans les activités de lutte contre le paludisme, et l'UNICEF qui a offert un soutien financier et logistique à grande échelle pour l'approvisionnement en ITN. Mais au fur et à mesure que le Fonds mondial augmente sa contribution en tant que donateur pour le paludisme, les autres donateurs, eux, limitent leurs services pour éviter tout chevauchement. Le Fonds mondial semble donc être l'instrument principal permettant de faire reculer le paludisme

dans les régions d'endémie et il a dépensé 135 millions USD (45 %) en 2004 (pour un total de 295 millions USD) dans le cadre des financements internationaux destinés à la lutte contre le paludisme. Ceci est reflété dans la Figure 2.

Le potentiel de croissance limité des autres partenaires indique que le Fonds mondial jouera un rôle chaque fois plus important dans la lutte contre le paludisme.

SCHEMA N° 2 :
DÉCAISSEMENTS DU FONDS MONDIAL CONTRE LE PALUDISME EN 2004 (EN MILLIONS USD)



(La somme des totaux peut sembler ne pas correspondre car ils ont été arrondis.)

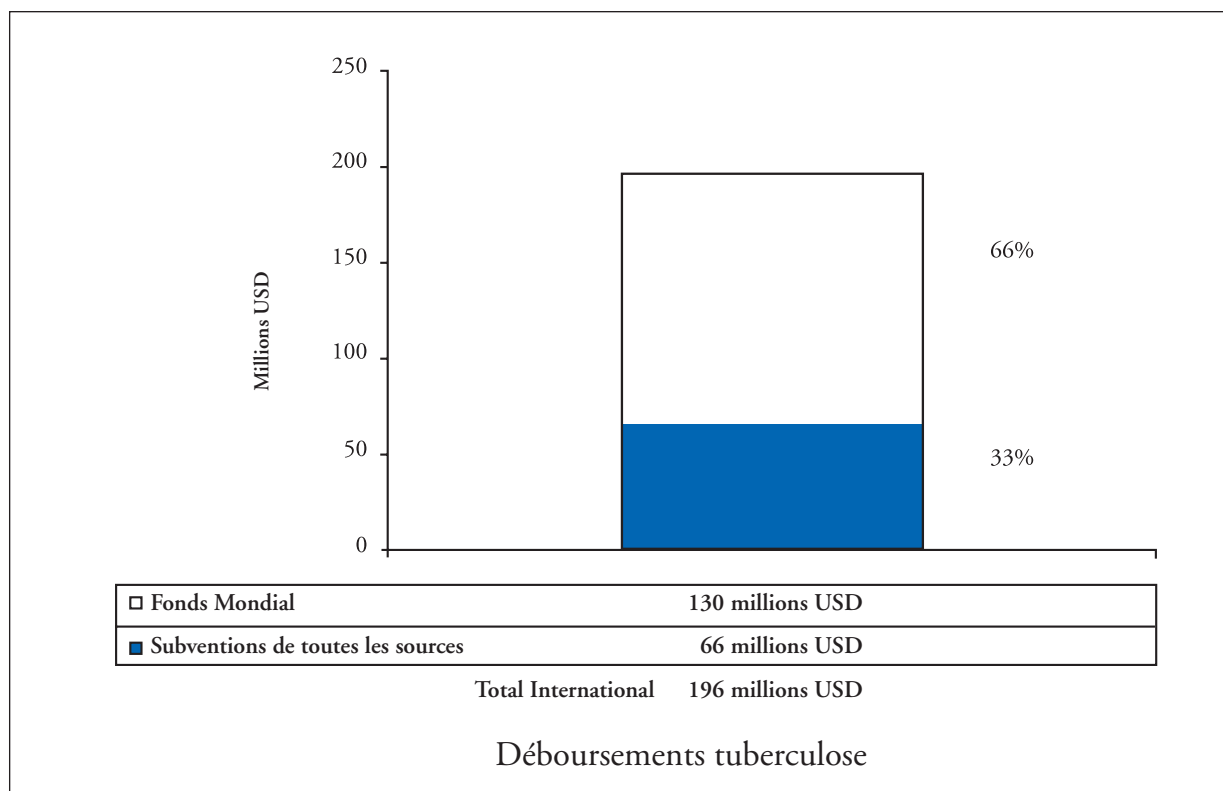
5.7 Concernant la **tuberculose**, les soutiens bilatéraux et multilatéraux ont toujours représenté une part relativement faible des financements, bien qu'ils aient joué un rôle important dans le développement des DOTS au cours de ces dernières années, et les financements intérieurs ont joué le rôle principal. L'OMS estime que les dépenses intérieures en 2005 représenteront environ 58 % des coûts projetés (y compris les crédits et prêts contractés auprès de la Banque mondiale). Les financements internationaux ont pris la forme de dons de soutien et proviennent principalement du DFID, de l'ACDI, de l'USAID et des gouvernements italien, japonais et hollandais. Le Fonds mondial a procédé à une injection supplémentaire de fonds pour encourager les efforts de contrôle de la tuberculose en fournissant, pour 2005, 66 %

des engagements externes totaux destinés à la lutte contre la tuberculose (Figure 3).

5.8 En ce qui concerne le **VIH/SIDA**, outre le Fonds mondial, aucune donnée fiable sur les niveaux de décaissement n'a été recueillie au niveau international. Généralement, ces données sont disponibles sous forme d'engagements et le fait de les comparer aux décaissements du Fonds mondial, comme ce fut le cas pour les autres maladies, ne révèle pas réellement la contribution du Fonds mondial dans la réduction de l'impact du VIH/SIDA à travers le monde. Les autres donateurs multilatéraux, tels que les commanditaires associés de l'ONUSIDA et plus particulièrement la Banque mondiale, se sont collectivement engagés à hauteur de 1 milliard USD environ en 2004.

SCHÉMA N° 3 :

FONDS MONDIAL ET AUTRES PARTICIPATIONS EXTERNES CONTRE LA TUBERCULOSE⁶ EN 2005 (EN MILLIONS USD)



⁶ Ces données sont issues des estimations les plus récentes réalisées auprès d'un sous-groupe de 59 pays ayant informé l'OMS. Des différences sont possibles de par les variations des cycles budgétaires. Ces données sont communiquées dans le but de représenter la répartition relative des financements internationaux entre le Fonds mondial et les autres pays.

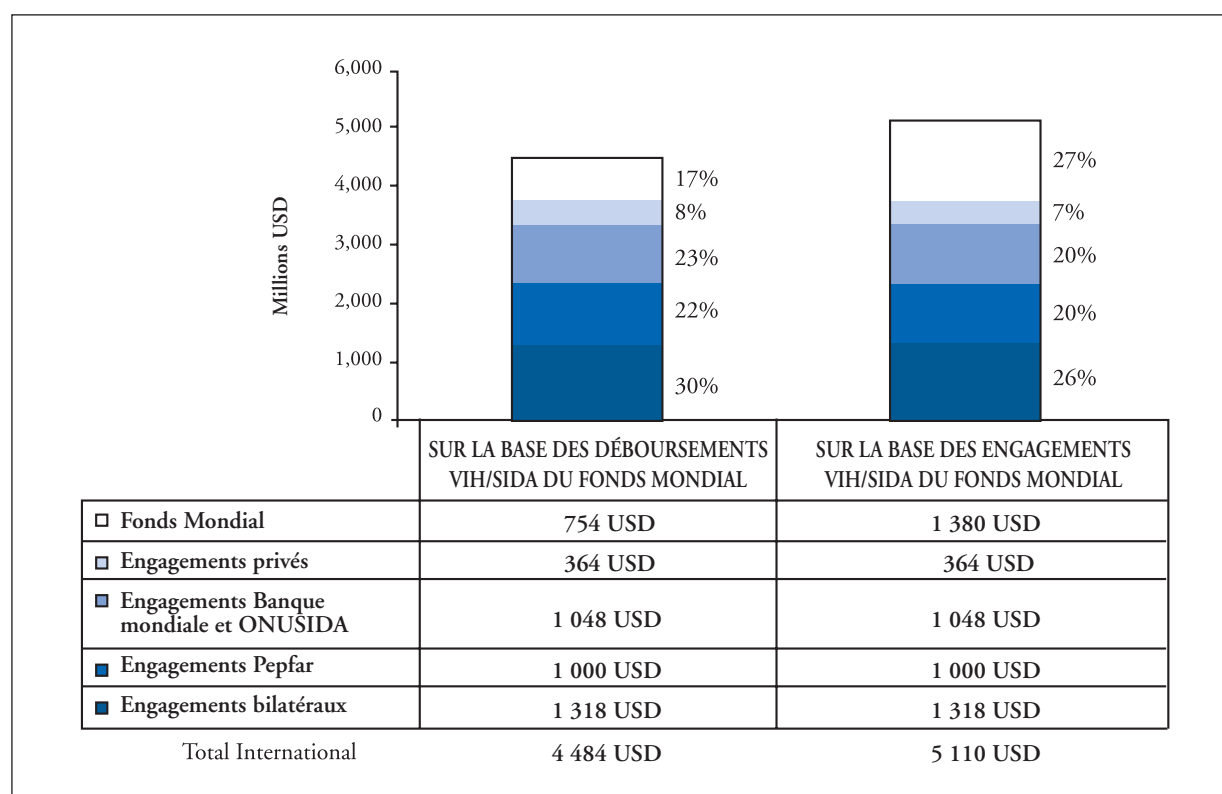
L'initiative PEPFAR des États-Unis (Plan d'Urgence du Président des États-Unis contre le SIDA) lancée en 2003 a fourni des ressources financières importantes dans un fonds bilatéral estimé à environ 2 milliards USD pour 2005 et 2006. Elle se concentre sur les 15 pays présentant la prévalence la plus élevée (12 en Afrique, 1 en Asie et 2 en Amérique latine/Caraïbes). Le PEPFAR soutient la prévention, les soins et les traitements et prendra en charge une part importante du développement des traitements ARV. Les autres organismes bilatéraux ont également annoncé un engagement accru. Ainsi les financements globaux en provenance de sources bilatérales vont très certainement continuer de croître.

5.9 Le manque de données de comparaison requiert deux approches pour comprendre la part du Fonds mondial dans les dépenses internationales concernant le VIH/SIDA : la première est la comparaison des décaissements du Fonds mon-

dial avec les engagements des autres donateurs internationaux, et la seconde est la comparaison des engagements du Fonds mondial avec les niveaux d'engagement des autres organismes. Comme vous pouvez le voir sur la Figure 4, la part du Fonds mondial passe de 17 % (chiffres du décaissement du Fonds mondial) à 27 % (chiffres de l'engagement du Fonds mondial). Il est évident que le chiffre de 17 % est une sous-estimation de la part réelle du Fonds mondial étant donné que les engagements des autres donateurs surestiment systématiquement leurs niveaux de décaissements. Le chiffre de 27 % est certainement plus représentatif de sa contribution réelle mais il peut être légèrement surestimé étant donné la politique de financement globale frileuse du Fonds mondial. La valeur " réelle " doit très certainement se situer entre ces deux chiffres et la part de 20 % semble être l'estimation prudente la plus exacte.

SCHÉMA N° 4 :

DÉCAISSEMENTS ET ENGAGEMENTS DU FONDS MONDIAL CONTRE LE VIH/SIDA EN 2005 (EN MILLIONS USD)



5.10 En supposant que les contributions relatives des donateurs à chacune des maladies restent au niveau actuel, la part du Fonds mondial dans les décaissements totaux serait de l'ordre de 3,6 milliards USD en 2006 et de 4,0 milliards USD en 2007.

TABLEAU 8 : ESTIMATIONS DES FINANCEMENTS DU FONDS MONDIAL REQUIS EN 2006 ET 2007 POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS INTERNATIONAUX FIXÉS (EN MILLIARDS USD), BASÉES SUR LES PARTS ACTUELLES DU FONDS MONDIAL

		PALUDISME	TUBERCULOSE	VIH	TOTAL
2006	Estimation totale (sur les besoins)	2,8	2,0	12,9	17,7
	Financements intérieurs prévus	0,3	1,2	2,8	4,3
	Financements internationaux requis	2,5	0,8	10,1	13,4
2007	Estimation totale (sur les besoins)	2,9	2,0	14,5	19,4
	Financements intérieurs prévus	0,3	1,2	3,0	4,5
	Financements internationaux requis	2,6	0,8	11,5	14,9
Contribution du Fonds mondial aux financements internationaux		45 %	66 %	20 %	27 %
Financements du Fonds mondial prévus en 2006		1,1	0,5	2,0	3,6
Financements du Fonds mondial prévus en 2007		1,2	0,5	2,3	4,0

5.11 Dans le but de documenter le processus de réapprovisionnement, ce document a décrit la validation des estimations du Fonds mondial concernant ses propres besoins (approche ascendante) via les estimations complémentaires de la part appropriée du Fonds mondial dans les besoins globaux calculés par nos partenaires. D'autres validations ont également été présentées : la valeur des propositions de financements peut être considérée comme une approximation actuelle du manque de financements dans les pays ayant soumis une proposition ; de par la diligence du procédé de révision des allocations du Fonds mondial, la valeur des étapes de proposition peut être considérée comme une approximation de la capacité de distribution ou d'absorption des pays éligibles. Le mandat du Fonds mondial reste donc évident : la gestion et la distribution des financements réunis en réponse aux besoins mis en avant. Pour ne répondre qu'aux estimations modérées des besoins détaillées dans ce document,

nous demandons 3,5 milliards USD pour 2006 et 3,6 milliards USD pour 2007, estimations fondées sur le modèle d'entreprise permanent du Fonds mondial et corroborées par les estimations de la contribution appropriée.

Néanmoins, en considérant les besoins du Fonds mondial, il est important de ne pas perdre de vue la perspective plus vaste. Le Fonds mondial ne représente qu'une partie d'un effort global visant à établir et soutenir une structure financière durable qui mènera à un progrès permettant d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Le Fonds mondial ne peut réussir à apporter une contribution significative à l'atteinte de ces objectifs que si ses partenaires sont également soutenus dans leurs besoins.



6.1 Bien qu'il soit difficile de dresser un tableau de la situation après 2007, il est évident que les coûts liés à ces trois maladies continueront d'augmenter avant que la propagation des épidémies ne soit contrecarrée et les coûts futurs réduits. Les coûts de traitement de ces trois maladies augmenteront avec le développement de traitements plus efficaces tels que l'ACT pour le paludisme, le traitement de la tuberculose à bacilles multirésistants ou le traitement à vie avec des ARV pour un nombre croissant de personnes vivant avec le virus VIH/SIDA et qui deviendront symptomatiques. Les dépenses en matière de prévention et d'atténuation des conséquences socio-économiques, y compris les soins des orphelins et des enfants vulnérables, vont également augmenter de manière considérable.

6.2 Ce document a fourni une estimation de la participation du Fonds mondial dans le total des financements externes calculée à partir de la part moyenne actuelle de ce dernier (45 % pour le paludisme, 66 % pour la tuberculose et 20 % pour le VIH/SIDA). Cependant, la plupart des subventions du Fonds mondial ont été recueillies lors de ces 12 derniers mois et seulement trois ans après la création du Fonds il serait prématuré de croire que cette part sera toujours la réponse la plus efficace à ces trois épidémies.

6.3 La gestion de la part future qui incombera au Fonds mondial pour répondre à ces trois épidémies dépend directement de ses performances en tant qu'organisme financier et de l'obtention ultérieure de résultats au niveau national. Si le Fonds mondial parvient à conserver la confiance de ses participants principaux dans les pays receveurs, de ses donateurs, de la société civile et du secteur privé, un consensus pourrait être trouvé de manière à ce que le Fonds mondial joue un plus grand rôle dans la suppression des insuffisances des financements pour toutes les maladies après 2007. Le niveau approprié de financements devra être déterminé pour la prochaine période de réapprovisionnement mais il pourrait s'élever à 7-8 milliards USD par an en fonction des performances et de la confiance que suscitera le Fonds mondial.

6.4 Mais quel que soit le niveau futur des revenus et dépenses, le Fonds mondial restera une organisation capable d'apprendre et de s'adapter aux défis afin de pouvoir remplir son mandat en tant que participant à la lutte globale contre les trois principales maladies infectieuses.

Références

OMS (2002). *Plan mondial : Halte à la tuberculose*. Genève, OMS.

OMS (2004). *Halte à la tuberculose. Rapport d'activités 2004*. Genève, OMS.

OMS/UNICEF (2003). *Rapport sur le paludisme en Afrique*. Genève, OMS.

OMS (2005). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, and Financing*. Genève, OMS.
Paraîtra le 24 mars 2005.

Schwartlander B. et al (2001). "AIDS: Resource needs for HIV/AIDS". *Science*, 292 (5526) : 2434-6.

Travis P et al (2004). "Overcoming Health Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals".
Lancet, 4 : 364 (9437) : 900-6.

Kiszewski A. et al (2005). *An Estimate of the Total Costs of the Interventions Required at Country Level from 2005 to 2015 to Reach International Malaria Control Goals*. Genève, OMS. En cours d'impression.

7.1 Objectifs du Millénaire pour le développement

Les Objectifs du Millénaire pour le développement sont destinés à sensibiliser la communauté internationale à une vision élargie du développement, favorisant le développement humain en tant qu'élément clé pour parvenir à un progrès social et économique durable dans tous les pays, et reconnaissant l'importance de la création d'un partenariat mondial pour le développement. Les objectifs suivants, établis pour 2015, ont été généralement acceptés en tant que modèle pour mesurer les progrès du développement.

- Éradiquer la pauvreté extrême et la faim
- Assurer une éducation primaire universelle
- Promouvoir l'égalité des sexes et renforcer le pouvoir des femmes
- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer la santé des femmes enceintes et des mères
- Stopper et commencer à inverser la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies d'ici 2015
- Garantir la durabilité du point de vue environnemental
- Développer un partenariat mondial pour le développement.

7.2 Politique de financement global ⁷

La politique de financement global du Fonds mondial stipule que l'approbation des financements de subventions par le Conseil soit garantie uniquement si la somme totale demandée pour les deux premières années est couverte par des promesses de dons de la part de donateurs au cours de l'année calendaire de l'approbation. Une subvention dont le montant a été accordé peut être ratifiée par le secrétariat uniquement si le montant total des ressources pour la période initiale de deux ans est couverte par de l'argent liquide ou des billets à ordre payables sur le compte du fiduciaire. L'approbation des renouvellements pour la Phase 2, courant généralement de la troisième à la cinquième année d'une subvention, doit être garantie par des promesses de dons de la part de donateurs au cours de l'année calendaire de l'approbation, et les signatures d'extensions ultérieures des subventions de la phase 2 doivent à leur tour être cautionnées par de l'argent liquide ou des billets à ordre. Pour pouvoir appliquer cette politique, le Fonds mondial doit donc disposer d'une quantité élevée de ressources sur le compte fiduciaire, sous forme d'argent liquide ou de billets à ordre payables sur demande.

Caractéristiques de la Politique de financement globale du Fonds mondial :

1. La mobilisation des financements doit utiliser un modèle de réapprovisionnement basé sur les donations publiques, complété par des contributions supplémentaires adéquates pour tous les donateurs, y compris les nouveaux donateurs publics, le secteur privé et les individus.

2. Les propositions recommandées par le TRP doivent être approuvées jusqu'au total des ressources disponibles.

3. Les propositions sont approuvées pour la durée complète de la proposition (jusqu'à cinq ans) avec un engagement financier pour les deux années initiales et la possibilité d'un renouvellement pour un maximum de trois années supplémentaires, sous les conditions suivantes :

- Le Conseil peut approuver les propositions et les fonds engagés pour deux ans jusqu'au montant cumulé non engagé promis au cours de l'année calendaire de la décision du Conseil ;
- Une quantité d'actifs suffisante pour faire face aux dépenses totales de deux ans d'application des subventions approuvées doit être déposée auprès du fiduciaire ou être disponible immédiatement sur demande préalablement à la signature d'un accord de subvention par le Secrétariat.
- Le financement d'une subvention ayant abouti à des résultats positifs après les deux premières années est prioritaire sur le financement de nouvelles propositions ;
- Les fonds destinés aux demandes ne seront réservés en aucun cas. Les demandes sélectionnées doivent être financées immédiatement si des ressources sont disponibles ou dès que de nouvelles ressources sont disponibles.

4. L'argent liquide, aussi bien que les billets à ordre publics, doivent être considérés comme des actifs.

5. Le Conseil convoquera au moins un appel de propositions par année calendaire. Le Conseil peut ajuster ces conditions selon les besoins et les financements disponibles. Une prévision des financements disponibles pour l'Étape sera diffusée à l'annonce de l'appel de propositions.

⁷ Approuvé par le Conseil d'Administration à la sixième réunion, Chiang Mai, Thaïlande, 15 au 17 octobre 2003. Le paragraphe 8 a été modifié légèrement par une décision du Conseil pendant la septième réunion, Genève, 18 au 19 mars 2004. Cette mesure est actuellement en cours de bilan.

6. Lors de la réunion finale annuelle du Conseil, dont l'ordre du jour commencera par le budget 2004, la prévision des financements du Fonds mondial et l'estimation des demandes pour l'année suivante seront effectuées. Ces estimations indiqueront clairement les fonds disponibles pour l'engagement. Ces estimations devront être jointes en annexe au budget annuel. Elles devront être mises à jour lors de chaque réunion du Conseil.

7. Le mérite technique devra être le critère utilisé pour déterminer l'approbation des propositions. Le TRP devra

affiner ses recommandations de catégorie 2 de sorte que les choix du Conseil en matière d'approbation des propositions soient facilités.

8. S'il s'avérait nécessaire par la suite d'affiner ces sous-catégories, les critères supplémentaires suivants seront utilisés par le Conseil : pauvreté, prévalence de la maladie et d'autres critères que le Conseil considérera comme opportuns.

9. Le Conseil n'approuvera pas les composants de façon partielle.

7.3 MÉTHODOLOGIE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Méthodologie

L'OMS a récemment réalisé une analyse sur l'estimation des coûts de la lutte contre le paludisme et de l'atteinte des objectifs établis. L'analyse montre les coûts annualisés du traitement et du contrôle du paludisme à partir des coûts unitaires de la lutte contre la maladie dans dix régions. Ces activités sont destinées à représenter les interventions les plus susceptibles d'être largement appliquées et comprennent :

1. L'approvisionnement gratuit en moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable (MILD) aux groupes de population à hauts risques et leur renouvellement après quatre ans d'utilisation, ou d'autres moyens de contrôle locaux ;
2. L'introduction d'associations thérapeutiques comprenant de l'artémisinine (ACT) dans les zones de transmission élevée de *Plasmodium falciparum*, et de tests de diagnostic rapide (RDT) dans les zones où la transmission est moins intense, et dans l'ensemble des régions pour les personnes âgées de plus de cinq ans ;
3. La distribution de traitements préventifs intermittents (IPT) à base de Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes exposées au paludisme dans des régions faisant l'objet d'une transmission modérée à intense où les parasites sont suffisamment sensibles à la SP ;
4. La garantie de la disponibilité de quantités suffisantes de traitements spécifiques et d'assistance clinique générale pour traiter les cas de paludisme sévère et compliqué ;
5. L'amélioration de la prévention des épidémies et des capacités de réaction, comme par exemple des systèmes de surveillance accrus et les opérations de pulvérisation intra-domiciliaires (OPID) pour prévenir et enrayer les épidémies ;
6. L'assistance à certains éléments du système de santé, primordiaux dans la mise en œuvre efficace des mesures de lutte contre le paludisme ;
7. La formation du personnel de santé communautaire aux nouveaux protocoles de traitement et aux diagnostics, à la prévention, à la supervision, à la gestion et à la recherche ;
8. La production et la distribution d'informations en direction des communautés visant à renforcer les moyens de prévention du paludisme, la reconnaissance rapide des symptômes et la mise sous traitement rapide ;
9. La réduction des lacunes en matière de ressources humaines, y compris pour les professionnels de la santé, les épidémiologistes, les entomologistes et d'autres domaines techniques déterminants ;
10. La gestion et l'évaluation, comme par exemple la mise en place et l'utilisation de systèmes d'informations relatives à la santé.

L'évaluation était fondée sur un objectif d'augmentation des niveaux de prise en charge conformément aux cibles définies à d'Abuja et aux objectifs du Millénaire pour le développement pour 2015 (prise en charge de 95 % de la population à risque grâce à des interventions spécifiques). Ces objectifs pour la période 2005 – 2007 sont les suivants :

		2005	2006	2007
Moyens de contrôle (MILD ou OPID)	Nouveau Remplacement Prise en charge	20 % 0 % 20 %	20 % 0% 40%	20 % 0% 60%
Traitement préventif intermittent	Prise en charge	30 %	60%	70%
ACT (Traitements de 1^{re} intention)	Prise en charge	30 %	60%	65%
Sévère et compliqué (2^e intention)	Prise en charge	100 %	100%	100%
Tests de diagnostic rapide	Prise en charge	Zones à causes de fièvre multiples	100%	100%
Surveillance et prévention des épidémies	Prise en charge	100%	100%	100%
Infrastructures et institutions	Prise en charge	100%		
Formation / IEC	Prise en charge	100%		
Personnel de santé communautaire	Besoins	20%	20%	20%
Opérations de recherche	Prise en charge	100%	100%	100%
Surveillance et évaluation	Prise en charge	100%	100%	100%

Soixante-dix pays impaludés ont été inclus dans cette analyse ; ils ont été choisis en fonction de l'exposition totale de la population au paludisme à *Plasmodium Falciparum*. Cette perspective a été considérée comme adéquate pour identifier les besoins de financement. L'Inde et le Brésil requièrent des études supplémentaires dues à des omissions importantes. Des taux de croissance annuels de la population ont été appliqués aux estimations pour représenter l'évolution des besoins des pays.

Les prix des produits et de la distribution ont tout d'abord été dégagés des enquêtes internes de Faire reculer le paludisme et de l'OMS ; lorsque le choix était possible, ni l'option la plus ou la moins onéreuse n'ont été choisies. Les frais de formation et d'éducation communautaires ont été dérivés de valeurs moyennes extraites de budgets détaillés dans les propositions au Fonds mondial, excepté pour les frais de formation des professionnels de la santé et certains autres coûts dérivés des informations locales.

Les ACT constituent un nouvel apport onéreux à la lutte contre le paludisme, de même que les MILD. Les augmentations potentielles des prix de produits comme les insecticides peuvent être problématiques et venir s'ajouter aux coûts existants.

Les coûts des infrastructures de santé et de la capacité institutionnelle sont à prendre particulièrement en compte. Ces coûts sont destinés à soutenir les interventions de programme actuelles, et comprennent des équipements et du personnel formé pour fournir des services généraux de santé, du matériel d'équipement et de transport et un système de gestion du programme, y compris des systèmes de surveillance et d'évaluation. Ces éléments sont considérés comme des structures fondamentales destinées à renforcer

les services existants et à renforcer des efforts de développement limités ; elles sont susceptibles de représenter une sous-estimation des demandes en matière d'infrastructure, pour lesquelles des efforts massifs de développement sont nécessaires. Ceci peut inclure par exemple des infrastructures de santé supplémentaires et une formation globale du personnel médical.

Le modèle présente certains bénéfices dont l'augmentation des niveaux de prise en charge dans le cadre des efforts de prévention. Ces mesures permettront finalement de réduire jusqu'à 50 % la demande de traitements de première intention, réduisant ainsi les coûts à long terme ; cependant, ces bénéfices ne seront pas visibles avant 2010.

7.4 MÉTHODOLOGIE DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Méthodologie

Halte à la tuberculose a présenté des estimations de coûts pour le contrôle global de la tuberculose pour la période 2001-2005 dans le cadre du Plan mondial de lutte contre la tuberculose. Les pays inclus dans ces estimations sont les 22 pays à prévalence élevée (HBC) qui représentent 80 % de l'ensemble des cas de tuberculose, plus tous les pays aux revenus faibles et moyens en dehors des 22 pays à prévalence élevée. Les quatre éléments suivants sont pris en compte dans l'évaluation du coût :

1. L'expansion des DOT, y compris les besoins des pays à prévalence élevée et les soins contre la tuberculose dans d'autres pays.
2. L'adaptation et l'amélioration des DOT, y compris les besoins limités des pays en matière d'interventions contre la tuberculose et le VIH et la tuberculose multirésistante.
3. Les outils de recherche et développement, y compris les coûts des nouveaux diagnostics, des nouveaux médicaments et des nouveaux vaccins.
4. Les coûts des partenariats. Ces frais s'élèvent environ à 10 millions de dollars US et ne seront pas pris en charge par le Fonds.

Les besoins estimés pour une période de cinq ans ont été estimés à 9,1 milliards de dollars US, ou une moyenne de 1,8 milliard de dollars US par an. Le besoin de financement a été évalué à 3,8 milliards de dollars US pour cinq ans, soit l'équivalent d'environ 0,8 milliard de dollars US par an (hors frais de recherche et de développement). Une mise à jour de ces estimations a été réalisée en 2004 ; les besoins annuels y ont été estimés à 2,2 milliards de dollars US en 2004 et 2005 (l'estimation du besoin de financement n'a pas été actualisée). Les engagements en 2005 proviennent d'un rapport d'un État membre de l'OMS concernant les sources et le volume des financements.

L'expansion des DOT est de loin le composant des coûts le plus important dans l'estimation, à hauteur de plus de 1,7 milliard de dollars US par an. Les coûts pour le développement des DOT ont été basés sur des analyses

spécifiques à chaque pays, et comprennent les coûts spécifiquement destinés au contrôle de la tuberculose (médicaments, personnel du programme national contre la tuberculose, approvisionnement des laboratoires), les coûts relatifs au personnel de santé général et aux infrastructures pour les visites externes et les admissions hospitalières, ainsi que l'assistance technique. Les sources des données relatives aux coûts comprennent les programmes nationaux, les études de coûts et les questionnaires. Pour les pays dont les données n'étaient pas disponibles, une projection des coûts a été effectuée à partir des pays présentant une prévalence identique de la tuberculose et disposant d'un niveau de revenus similaire. Le nombre de cas à traiter était fondé sur des données épidémiologiques, des projections démographiques et des hypothèses relatives au taux d'évolution en vue d'une détection de 70 % des cas. Les coûts totaux présentés dans le Plan global montrent des variations importantes d'un pays à l'autre en ce qui concerne les besoins de financement, les sources de financement et les lacunes dans le financement.

Les coûts relatifs aux interventions visant à remédier au problème des infections associées à la tuberculose et au VIH et à la tuberculose multirésistante (MDR-TB) sont basés sur des données plus limitées.

Les interventions prises en compte par les estimations de coûts de la tuberculose/VIH ont été le traitement préventif par l'isoniazide, les tests et les conseils concernant le VIH et le dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH. Par suite à la publication en 2004 de la politique intermédiaire de l'OMS relative aux activités de collaboration contre la tuberculose/VIH, le deuxième Plan mondial pour l'éradication de la tuberculose mettra en œuvre une gamme plus étendue d'activités et d'interventions. Grâce à l'utilisation de déclarations conservatrices concernant l'incidence et la proportion de cas de tuberculose multirésistante susceptibles d'être détectés, l'analyse de la tuberculose multirésistante s'est fondée sur les données relatives à la tuberculose multirésistante provenant du Pérou, et a appliqué ces coûts à d'autres pays au profil similaire.





**LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA,
LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME**

53 avenue Louis Casai
1216 Cointrin
Genève, Suisse
+ 41 22 791 1700 (téléphone)
+ 41 22 791 1701 (fax)

www.theglobalfund.org
info@theglobalfund.org

ISBN 92-9224-017-X



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme