
L'optimisation des ressources

Note d'information technique

NOVEMBRE 2019

Table des matières

1. Résumé	1
2. Le concept d'optimisation des ressources	9
2.1 Qu'entend-on par optimisation des ressources ?	
2.2 Ce qui n'est pas de l'optimisation des ressources	
2.3 À qui incombe la responsabilité d'optimiser l'utilisation des ressources et de hiérarchiser les actions ?	
3. Les aspects fondamentaux de l'optimisation des ressources	11
3.0 Vue d'ensemble	
3.1 Économie : obtenir des intrants de qualité au prix le plus bas	
3.2 Efficacité : obtenir les effets escomptés	
3.3 Efficience : maximiser les réalisations, les résultats et l'impact	
3.4 Équité : répartir les ressources de manière impartiale et juste sur le plan social	
3.5 Viabilité : un impact plus important à court et à long terme	
4. Trouver les bons équilibres pour maximiser l'ODR	23
5. Consignes d'utilisation de cette note d'information technique pour répondre aux questions sur l'optimisation des ressources dans la demande de financement	25
6. Glossaire	28
Annexe 1 : Principales causes d'inefficience des systèmes de santé	29
Annexe 2 : Outils disponibles pour analyser l'efficience allocative	30
Annexe 3 : Actions prioritaires favorisant des gains d'efficience tout au long du cycle de vie d'une subvention du Fonds mondial	33
Annexe 4 : Exemples de mesures prises par des pays pour améliorer l'optimisation des ressources	34
Annexe 5 : Informations et références complémentaires	44

1. Résumé

L'optimisation des ressources (ODR) est un concept qui décrit comment maximiser les réalisations, les résultats et l'impact des programmes dans la durée et pour tous avec un certain niveau de ressources. Les plans mondiaux visant à mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme d'ici 2030 sont loin d'être intégralement financés. Il est donc impératif d'optimiser l'utilisation de ressources limitées pour contribuer à la concrétisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) figurant dans l'objectif de développement durable n° 3 (ODD 3).

L'ODR est un principe fondamental qui oriente les investissements du Fonds mondial pendant toute la durée d'une subvention.

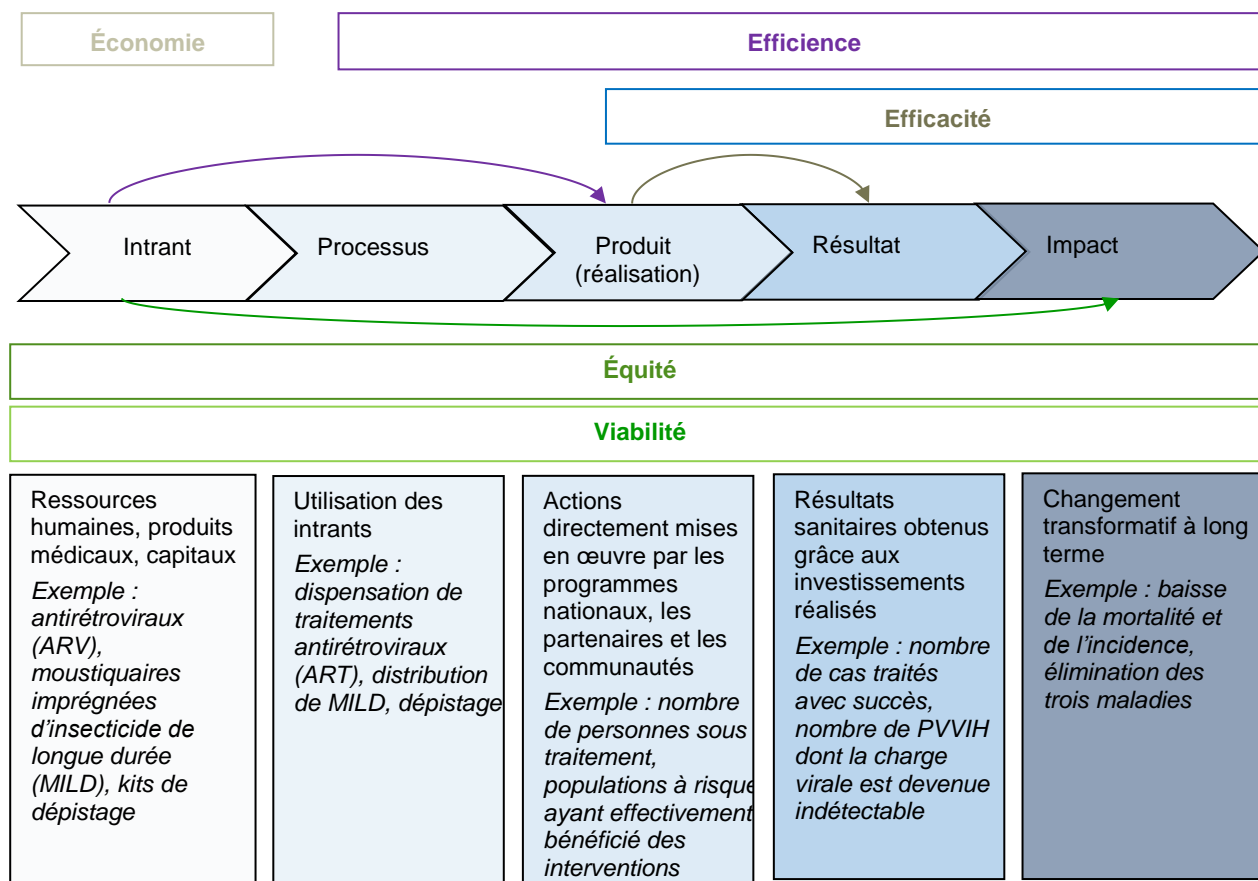
La **figure 1**¹ montre comment l'utilisation des ressources financières, politiques et humaines disponibles peut être optimisée dans l'ensemble de la chaîne de production d'un impact sanitaire de manière à générer un effet maximal en réduisant la morbidité et la mortalité. En plus de mettre un terme aux épidémies, « l'optimisation » réside également dans le caractère équitable et viable du processus.

Les aspects fondamentaux de l'ODR² applicables aux demandes de financement soumises au Fonds mondial (cf. **Encadré 1**) sont l'*économie*, l'*efficacité* et l'*efficience*, l'*équité* et la *viabilité* étant deux aspects transversaux essentiels.

Les cinq critères de l'ODR forment un tout et l'utilisation optimale des ressources ne peut pas être évaluée à l'aide d'un seul d'entre eux.

¹ Adapté du document intitulé *Approach to Value for Money* (2017) du ministère britannique du Développement international (DFID).

² Le cadre d'optimisation des ressources présenté dans cette note d'information technique s'inspire du document intitulé *Approach to Value for Money* (2017) et des premières directives en la matière du ministère britannique du Développement international (DFID), qui offrent une approche complète de l'ODR. Les principaux aspects du cadre d'optimisation des ressources du DFID comprennent des éléments et des termes couramment utilisés par d'autres donateurs et organismes techniques (p. ex. l'Organisation mondiale de la Santé).

Figure 1 : Chaîne de production d'un impact sanitaire et ODR

Cette note d'information technique précise les éléments clés de l'optimisation des ressources, dont les candidats devront tenir compte lors de la préparation d'une demande de subvention durant le cycle de financement 2020–2022 du Fonds mondial. Elle a également pour but d'aider les partenaires de mise en œuvre lors de l'élaboration de plans stratégiques nationaux (PSN) visant à lutter contre une maladie particulière ou destinés au secteur de la santé de manière générale.

L'ODR est un aspect auquel le Comité technique d'examen des propositions (CTEP)⁴ attache une

Encadré 1 : Définition des différents aspects de l'ODR

Économie : obtenir au meilleur prix les intrants de qualité nécessaires pour assurer des services de santé préventive ou curative.

Efficacité : investir dans des interventions à fort impact produisant les effets recherchés.

Efficience : maximiser les réalisations, les résultats et l'impact avec un certain niveau de ressources.

Équité : s'assurer que tout le monde a la possibilité de vivre en bonne santé et d'atteindre le bien-être, sans que nul ne soit désavantagé, que ce soit pour des raisons sociales, économiques, démographiques ou géographiques.

Viabilité³ : faire en sorte qu'un programme de santé ou un pays puisse pérenniser et étendre la couverture à un niveau permettant de maîtriser durablement un problème de santé publique.

³ [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#)

⁴ Le Comité technique d'examen des propositions est composé d'experts indépendants qui sont chargés d'évaluer la valeur technique et le centrage stratégique des demandes avant de formuler une recommandation de financement.

grande importance lorsqu'il formule une recommandation de financement. Le CTEP examine si l'optimisation des ressources a été suffisamment prise en compte dans la demande de financement et si les différents aspects de l'ODR pourront effectivement être maintenus pendant toute la durée de la subvention. Les candidats sont invités à agir de manière concertée pour assurer une utilisation optimale des ressources tout au long du cycle de vie des subventions, de la demande de financement jusqu'à la clôture des subventions.

Mise au point par le Secrétariat du Fonds mondial en concertation avec le CTEP et les partenaires du Fonds, cette note d'information technique donne une vue d'ensemble du cadre d'optimisation des ressources, **en mettant particulièrement l'accent sur trois aspects, à savoir l'économie, l'efficacité et l'équité**. Ce sont ces trois aspects auxquels les candidats devront avoir réfléchi pour répondre aux questions sur l'optimisation des ressources dans leurs demandes de financement⁵. Les aspects « efficacité » et « viabilité » sont abordés dans d'autres questions des formulaires de demande de financement. Des conseils spécifiques pour répondre à ces questions figurent dans [les notes d'information de base et les notes d'information techniques](#).

Dans leur description des efforts actuels et futurs visant à optimiser l'utilisation des ressources dans un souci d'économie, d'efficacité et d'équité, les candidats pourront examiner les points ci-dessous.

Économie. Les candidats peuvent expliquer comment ils pensent pouvoir obtenir au meilleur prix les intrants de qualité nécessaires à la prestation des services. Ils peuvent prouver que des efforts sont faits pour limiter le coût des intrants en montrant que : 1) des produits médicaux de qualité garantie sont budgétisés au prix à long terme le plus bas⁶ ; 2) une étude de faisabilité et de viabilité concernant les nouvelles technologies a été menée pour justifier l'investissement ; 3) les ressources humaines sont déployées judicieusement et rémunérées conformément aux procédures et aux grilles salariales en vigueur dans le pays par souci de viabilité.

Il est possible de renforcer l'aspect économie de l'optimisation des ressources en améliorant notamment la planification des programmes, les procédures d'achats, la gestion financière et la prestation des services de santé.

Il est conseillé aux candidats de fournir des arguments solides pour justifier des prix plus élevés pour les intrants. Il est en revanche déconseillé de payer des intrants à bas prix si cela doit se faire au détriment de la qualité des produits ou nuire aux résultats.

Efficacité. Pour démontrer l'efficacité d'un programme qui fait l'objet d'une demande de financement, il faut que ce programme soit centré sur le plan stratégique, solide sur le plan technique et suffisamment ambitieux, tout en étant réalisable sur le plan opérationnel.

Les interventions proposées et leur mise en œuvre doivent être fondées sur une connaissance avérée du contexte épidémiologique, en tenant compte de la charge de morbidité et de la répartition d'une maladie sur un territoire et dans la population, des principaux moteurs de l'épidémie, des modes de transmission, des obstacles dans l'accès aux services de santé et des prévisions en matière de charge de morbidité.

⁵ Dans les demandes de subvention soumises au Fonds mondial dans le cadre du cycle de financement 2020–2022, les questions sur l'ODR figurent dans les sections suivantes : Demande adaptée aux pays à investissements ciblés : section 1.1 (g) ; Demande adaptée aux plans stratégiques nationaux : section 2.2 question (e) ; Demande adaptée à la transition : section 1.1 question (g) ; Examen complet : section 2.2 question (e).

⁶ Dans le contexte de la budgétisation des fonds d'une subvention du Fonds mondial, le **prix à long terme le plus bas** correspond au prix le plus bas auquel on est certain de pouvoir acheter un produit pendant toute la période de mise en œuvre de la subvention. Ceci s'oppose à un prix ponctuellement très bas, dont on n'est pas sûr qu'il se maintiendra à long terme et/ou qui pourrait obliger à transiger sur la qualité du service ou des approvisionnements (p. ex. livraisons aléatoires). Les budgets doivent être établis sur la base d'une estimation du prix à long terme le plus bas afin de pouvoir atteindre les objectifs fixés avec les ressources prévues. Par exemple, en ce qui concerne les produits médicaux, il est recommandé d'utiliser les prix de référence du mécanisme d'achat groupé (MAG) car il s'agit effectivement de prix à long terme les plus bas (et non de prix bas ponctuels ou pour une durée limitée).

Point important à prendre en compte pour utiliser les ressources de manière optimale, les contraintes financières exigent des pays qu'ils définissent des priorités avec soin et qu'ils opèrent des choix judicieux parmi les interventions efficaces disponibles. Les candidats peuvent mettre en avant les raisons qui ont guidé leurs choix, par exemple en indiquant pourquoi une intervention particulière a été considérée comme la plus efficace et en précisant les autres possibilités envisagées ainsi que les éventuels arbitrages qu'il a fallu faire.

Efficience. Les candidats peuvent expliquer comment ils entendent maximiser les réalisations, les résultats et l'impact des programmes avec un certain niveau de ressources. L'efficience de chaque demande de financement doit être évaluée dans le contexte de la stratégie de lutte contre la maladie concernée et de la stratégie sanitaire globale d'un pays. Pour ce faire, il convient de tenir compte des investissements nationaux et des investissements d'autres donateurs dans le pays, en plus du financement accordé par le Fonds mondial.

Les candidats sont invités à évaluer l'efficience sous deux angles au niveau des programmes de lutte contre les maladies et au niveau du système de santé dans son ensemble :

- *L'efficience allocative.* Au niveau d'un **programme de lutte contre une maladie**, l'efficience allocative désigne la répartition optimale des ressources entre les interventions, les zones géographiques et les groupes de population afin de maximiser l'impact du programme. Il peut s'agir, par exemple, de déterminer une combinaison optimale d'interventions contre le VIH en vue de réduire la charge de morbidité au minimum. Au niveau du **système de santé**, il s'agit de répartir toutes les ressources disponibles en réfléchissant bien à la part de ces ressources qui doit contribuer au renforcement du système de santé dans son ensemble en vue d'éliminer les obstacles fréquemment rencontrés par les programmes.
- *L'efficience technique.* Au niveau d'un **programme de lutte contre une maladie**, l'efficience technique consiste à réduire le coût de la prestation des services au minimum dans le continuum de soins, tout en obtenant les résultats sanitaires souhaités. On pourra par exemple opter pour des modalités de prestation des services moins onéreuses produisant les mêmes résultats. Au niveau du **système de santé**, cela signifie répondre à différents besoins avec des prestations de services de qualité pour un coût le plus bas possible, de manière à maximiser les bienfaits du système pour l'ensemble de la population. Il est possible d'y parvenir en éliminant les doublons, en uniformisant davantage, en favorisant l'intégration dans l'ensemble des éléments constitutifs du système de santé – y compris les chaînes d'approvisionnement, les systèmes d'information sanitaire et les ressources humaines – ainsi qu'en améliorant la gouvernance et le financement du système afin d'en optimiser le fonctionnement.

Le coût unitaire d'une réalisation, d'un résultat ou d'un impact permet de mesurer l'efficience. Le coût unitaire d'une intervention donnée peut varier considérablement d'un pays à l'autre. Il peut également varier à l'intérieur d'un pays en fonction de la géographie (zones urbaines ou rurales), des établissements de santé (hôpital régional, centre sanitaire de district ou poste sanitaire de village) et du mode de prestation des services (en établissement ou dans la communauté, intégrée ou verticale). Les candidats sont encouragés à comparer les coûts unitaires à l'intérieur de leur pays mais aussi avec des pays dont la situation économique, le contexte épidémiologique et le système de santé sont similaires, afin de déterminer des possibilités d'amélioration de l'efficience⁷. Rechercher l'efficience ne signifie pas nécessairement chercher à réduire constamment les coûts unitaires. Le coût de certaines interventions peut être plus élevé dans les pays qui passent de la lutte contre une maladie

⁷ Les candidats peuvent accéder aux estimations des coûts unitaires de différents pays dans les [archives d'études sur les coûts unitaires](#) du [Consortium pour le chifrage des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose \(GHCC\)](#).

à son élimination ou qui permettent à des populations jusque-là mal desservies d'accéder à certains services. Par exemple, détecter des cas isolés d'une maladie, éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre qui empêchent d'accéder aux services ou traiter des populations difficiles d'accès peut s'avérer plus coûteux. Rechercher l'efficacité consiste à proposer des services d'un rapport coût/efficacité le plus élevé possible dans un contexte donné, favorisant ainsi une mise en œuvre à grande échelle des interventions.

Bien qu'un nombre croissant de programmes de lutte contre des maladies recourent à des outils d'amélioration de l'efficacité allocative pour répartir leurs ressources de manière optimale, les possibilités dans ce domaine restent nombreuses, qu'il s'agisse d'améliorer l'efficacité technique de ces programmes ou d'améliorer l'efficacité allocative et technique au niveau des systèmes de santé pour faciliter la mise en œuvre de nombreux programmes de lutte contre des maladies.

Équité. Les candidats peuvent mettre en avant les efforts déployés pour, d'une part, améliorer leur connaissance des obstacles financiers, liés aux droits de l'Homme et liés au genre, qui empêchent d'accéder aux services, de recourir à ces services ou de rester dans le système de soins, et d'autre part, allouer des ressources suffisantes aux interventions visant à éliminer ces obstacles. Ils peuvent également décrire les efforts consentis pour répondre aux besoins des populations clés et vulnérables⁸ et renforcer les systèmes communautaires. Les candidats peuvent aussi exposer des possibilités d'investissement susceptibles d'améliorer à la fois l'efficacité et l'équité, et justifier les choix opérés en matière de répartition des ressources dans des contextes où efficacité et équité peuvent s'avérer incompatibles.

Les interventions visant à remédier aux inégalités en matière de santé doivent être une priorité programmatique, même si leur coût est élevé. L'objectif d'équité exige de veiller à ce que les programmes incluent les populations clés et vulnérables, car, la plupart du temps, ces populations sont confrontées à des difficultés, à la stigmatisation et à la discrimination, ont un accès limité aux services, sont bien plus exposées au risque d'infection et ont une charge de morbidité supérieure. L'absence d'interventions destinées à ces populations devra être considérée comme un manque d'optimisation des ressources.

Viabilité. Les candidats peuvent faire ressortir les efforts déployés pour assurer la continuité des programmes et des services financés par les investissements du Fonds mondial et pérenniser ainsi leurs effets à court et long terme. La viabilité financière et programmatique est un point qui doit être pris en compte dans toutes les décisions d'investissement.

Consignes pour répondre aux questions sur l'optimisation des ressources dans la demande de financement

Les décisions d'investissement figurant dans la demande de financement doivent être adaptées au contexte du pays et tenir compte de l'évolution des épidémies, de l'environnement politique, des réalités budgétaires et des contraintes de capacité du système de santé. Il est important de montrer que tous les aspects de l'ODR ont été pris en considération et équilibrés afin que les programmes

⁸ Les populations clés et vulnérables sont des populations qui ont peu accès aux services alors qu'elles sont fortement affectées par les épidémies de VIH, de tuberculose ou de paludisme, et qui subissent également des violations de leurs droits humains, une privation systématique de leurs droits civiques, une exclusion sociale et une criminalisation. Dans le cadre de la riposte au VIH, les populations clés sont les travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables et les personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés. Dans le cadre de la riposte à la tuberculose, les populations clés peuvent inclure, entre autres, les migrants et les réfugiés, les populations autochtones et les personnes vivant avec le VIH. Les populations fortement exposées au risque d'infection mais qui ne répondent pas aux critères ci-dessus sont considérées comme des populations vulnérables. Il peut s'agir, par exemple, des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans, des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées dans les zones d'endémie palustre.

proposés dans la demande de financement maximisent véritablement l'impact des investissements du Fonds mondial d'une manière équitable et durable.

Les candidats doivent exposer brièvement leur approche générale de l'optimisation des ressources puis donner des informations plus détaillées sur les trois aspects suivants de l'ODR : **économie, efficacité et équité**.

Les candidats peuvent indiquer les mesures – actuelles et à venir – qu'ils jugent les plus importantes pour optimiser encore davantage l'utilisation des ressources et expliquer comment l'ODR est renforcée dans les demandes de financement présentées par rapport aux activités actuellement mises en œuvre, en s'appuyant sur des exemples, des chiffres et d'autres données disponibles pour justifier leurs propositions. Les candidats sont également encouragés à préciser les difficultés rencontrées pour optimiser l'utilisation des ressources, le cas échéant.

Ils pourront s'inspirer des questions guides ci-dessous pour préparer leur réponse.

Tableau 1 : Questions guides sur l'optimisation des ressources

<p>Questions générales</p>	<p><u><i>La demande de financement fait-elle globalement apparaître une utilisation optimale des ressources ?</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que des services financés par le Fonds mondial sont intégrés dans les systèmes de santé nationaux ? Existe-t-il des synergies avec les investissements du gouvernement et d'autres partenaires de développement ? La demande de financement comble-t-elle le manque de ressources indispensables pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme ? • Est-ce que la proposition s'appuie sur les investissements du Fonds mondial pour avancer dans la lutte contre les maladies et atteindre des objectifs mondiaux, tout en renforçant la capacité des programmes de lutte contre les maladies et les systèmes de santé nationaux à pérenniser les résultats obtenus ?
-----------------------------------	--

Questions portant sur chaque aspect de l'ODR	Économie	<p><u>La demande de financement traduit-elle les efforts déployés pour s'assurer d'obtenir au meilleur prix les produits médicaux et autres intrants de qualité indispensables pour assurer la prestation des services ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sélection des produits médicaux se fait-elle conformément aux directives actuelles de l'OMS ? • Les plans d'achat et les contraintes de capacité de la chaîne d'approvisionnement sont-ils compatibles avec les objectifs programmatiques fixés ? • Les produits médicaux indispensables sont-ils achetés, transportés, distribués et gérés de manière à éviter les ruptures de stock et le gaspillage ? • Les salaires versés sont-ils conformes aux procédures de gestion des ressources humaines et aux grilles salariales en vigueur dans le pays ? • Les décisions d'investir dans des technologies de pointe (p. ex. GeneXpert) ou de nouveaux médicaments s'appuient-elles sur une étude de faisabilité de viabilité solide ? • Les programmes sont-ils mis en œuvre d'une manière qui reflète une bonne utilisation des infrastructures existantes et des capacités du système de santé ?
	Efficacité	<p><u>La demande de financement témoigne-t-elle d'une hiérarchisation des interventions visant à maximiser l'impact des programmes ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les produits médicaux sont-ils choisis de manière à maximiser l'acceptation et l'observance des traitements ? • Les interventions sont-elles choisies selon les directives existantes de partenaires techniques ? • Les interventions sont-elles hiérarchisées de manière à maximiser l'impact des programmes ? • Les programmes sont-ils intégrés dans les systèmes de santé de manière à en améliorer l'efficacité ?
	Efficience	<p><u>La demande de financement témoigne-t-elle d'une répartition optimale des ressources ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les ressources disponibles sont-elles réparties de manière stratégique entre les interventions, les zones géographiques et les groupes de population afin de maximiser l'impact des programmes de lutte contre les maladies ? • Est-ce que des ressources suffisantes sont affectées au renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, afin de remédier aux obstacles communs rencontrés dans la prestation des services, notamment les services de lutte contre les trois maladies ? <p><u>La demande de financement témoigne-t-elle d'une efficience technique ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La prestation des services est-elle optimisée de par les stratégies retenues pour proposer des services de qualité ? Par exemple, la composition des intrants est-elle optimisée par un recours à la délégation des tâches, afin de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles en proposant des services intégrés dispensés dans les établissements de

		<p>soins de santé primaires (SSP) ou par des agents de santé et des organisations communautaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Des efforts sont-ils menés ou prévus pour améliorer l'efficacité du système de santé en y intégrant des systèmes parallèles ou redondants de prise en charge de certaines maladies (p. ex. systèmes d'information sanitaire, ressources humaines, systèmes de laboratoire, chaînes d'approvisionnement) ? Les modalités de mise en œuvre sont-elles fiables et ont-elles été élaborées de manière à limiter les coûts de gestion des programmes et à pouvoir réagir face aux risques et aux obstacles programmatiques ?
	Équité	<p><u>La demande de financement s'appuie-t-elle sur une étude solide (1) des populations les plus exposées au risque d'infection et/ou au sein desquelles la charge de morbidité d'une maladie est la plus forte et (2) des disparités existantes concernant la vulnérabilité face aux maladies ainsi que l'accès aux services, le recours à ces services et le maintien dans le système de soins ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La demande de financement présente-t-elle une étude des populations au sein desquelles la charge de morbidité d'une maladie est la plus forte ainsi que des régions où se produisent la plupart des nouvelles infections ? La demande de financement contient-elle une analyse des obstacles financiers, liés aux droits de l'Homme et liés au genre, qui empêchent d'accéder aux services, de recourir à ces services ou de rester dans le système de soins ? <p><u>Est-ce que la demande de financement comprend des mesures programmatiques destinées à remédier aux disparités existantes concernant la vulnérabilité face aux maladies ainsi que l'accès aux services, le recours à ces services et le maintien dans le système de soins ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les ressources du Fonds mondial sont-elles investies dans les services destinés aux populations les plus exposées au risque d'infection et dans des programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre que rencontrent ces populations ? Est-ce que des ressources suffisantes sont prévues pour mettre en place et pérenniser des actions communautaires destinées à favoriser l'accès aux services, le recours à ces services et le maintien dans le système de soins ?
	Viabilité	<p><u>La demande de financement vise-t-elle à renforcer à la fois les effets à court terme et les effets à long terme des programmes ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'un juste équilibre a été trouvé entre efficacité et efficacité à court terme et viabilité à long terme dans la demande de financement ? La proposition envisage-t-elle un mécanisme permettant de s'assurer que la prestation des services sera possible du point de vue programmatique et financièrement accessible, de manière à ce que les gouvernements nationaux puissent prendre le relais par la suite ?

2. Le concept d'optimisation des ressources

2.1 Qu'entend-on par optimisation des ressources ?

L'optimisation des ressources est un concept qui décrit comment maximiser les réalisations, les résultats et l'impact des programmes dans la durée et pour tous avec un certain niveau de ressources. L'ODR doit être contextualisée pour en évaluer la faisabilité en tenant compte des carences, des besoins et des possibilités sur le plan sanitaire. L'ODR exige d'investir de manière sélective pour obtenir de meilleurs résultats. Cela nécessite de bien cerner le rapport coût/efficacité⁹ des différentes possibilités d'investissement – ainsi que leurs conséquences sur le plan de l'équité et de la viabilité – afin de prendre les bonnes décisions.

Les candidats devront faire le meilleur usage des ressources disponibles et optimiser les investissements du Fonds mondial de manière à mettre fin le plus vite possible aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme.

2.2 Ce qui n'est pas de l'optimisation des ressources¹⁰

Les exemples ci-dessous ne sont pas de l'optimisation des ressources.

Optimiser l'utilisation des ressources ne signifie pas nécessairement payer des produits ou des services au prix le plus bas. Optimiser l'utilisation des ressources consiste à s'efforcer de mieux cerner les coûts dans le contexte d'un pays de manière à obtenir un impact maximal pour chaque dollar dépensé. Ce ne sont pas les coûts en eux-mêmes qui importent mais le rapport entre coûts et réalisations/résultats/impacts. Le but n'est pas de faire des économies au détriment de la qualité, de l'impact ou de l'équité.

Optimiser l'utilisation des ressources ne signifie pas réduire au minimum la charge de morbidité d'une maladie à court terme. L'ODR est multidimensionnelle. Un investissement sera considéré comme optimisant peu l'utilisation des ressources si : 1) il ne finance que des interventions du meilleur rapport coût/efficacité sans tenir compte de leurs effets potentiellement inéquitables ; 2) la priorité est donnée à des actions débouchant sur des progrès sanitaires à court terme mais pas nécessairement à long terme ; 3) il finance des interventions qui ne sont pas viables à long terme, tant sur le plan financier que sur le plan programmatique.

Optimiser l'utilisation des ressources ne signifie pas donner la priorité à des interventions dont l'impact est facile à mesurer. Les responsables des programmes doivent constamment s'efforcer d'améliorer leur capacité à mesurer l'impact de toutes les interventions. Lorsque les évaluations et les résultats sont solides et basés sur des données fiables et des observations constructives des bénéficiaires, les responsables des programmes peuvent alors donner la priorité

⁹ Le rapport coût/efficacité est une notion importante lorsque l'on doit établir des priorités dans les interventions. L'efficacité d'une intervention dans le domaine de la santé se mesure souvent par son impact sur la charge de morbidité d'une maladie, notamment par le nombre d'années de vie corrigé du facteur invalidité (AVCI) épargnées ou le nombre d'année de vie en bonne santé (AVBS) gagnées. Une intervention dont le coût par AVCI épargnée ou par AVBS gagnée est moindre est considérée d'un meilleur rapport coût/efficacité et devra être privilégiée pour obtenir un impact maximal avec une enveloppe donnée. Une analyse du rapport coût/efficacité peut être effectuée pour une intervention ou un ensemble d'interventions afin de comparer les différentes possibilités de répartition des ressources. Cette analyse est différente d'une analyse coûts-avantages qui affecte une valeur monétaire à l'impact des interventions. Les deux peuvent être envisagées pour éclairer les décisions concernant la répartition des ressources. Dans un contexte où il est difficile d'affecter une valeur monétaire à l'impact des interventions, une analyse du rapport coût/efficacité est plus adaptée. En plus de ces deux analyses, les responsables des programmes pourront également effectuer une analyse d'impact budgétaire pour comprendre les répercussions des prises de décisions en matière de répartition des ressources, en tenant compte de l'accessibilité financière.

¹⁰ Adapté du document intitulé *Approach to Value for Money* (2017) du ministère britannique du Développement international (DFID)

à ces interventions à fort impact et les mettre en œuvre à grande échelle en toute confiance, augmentant ainsi leur impact sur les trois maladies et le système de santé en général.

Optimiser l'utilisation des ressources ne signifie pas qu'il ne faut pas prendre de risques.

Afin de maximiser l'impact global des programmes, il est important d'investir de manière équilibrée dans des interventions aux effets connus et dans de nouvelles interventions susceptibles d'avoir encore plus d'impact même si aucune donnée le prouvant n'est encore disponible. Par exemple, tester une méthode novatrice plus coûteuse mais potentiellement plus efficace pour atteindre les populations clés ne doit pas être découragé parce qu'on ne connaît pas encore l'impact de cette nouvelle intervention. Les décisions doivent être prises en toute connaissance des risques et des bénéfices potentiels. Ces bénéfices devront alors être mesurés et réévalués afin de déterminer si cette intervention novatrice doit être mise en œuvre à plus grande échelle.

L'optimisation des ressources ne se limite pas aux premières phases d'un programme. S'il est important de recourir davantage à des outils de chiffrage et des analyses du rapport coût/efficacité pour prendre les bonnes décisions, travailler dans le cadre de programmes de santé publique est une chose complexe, car ces programmes s'appuient sur des pratiques de longue date et des institutions existantes. Une plus grande optimisation des ressources nécessite d'actualiser constamment ses informations sur les coûts et les avantages, en examinant les coûts du programme dans l'environnement opérationnel complexe des programmes de santé publique tout au long du processus.

2.3 À qui incombe la responsabilité d'optimiser l'utilisation des ressources et de hiérarchiser les actions ?

Les ressources consacrées à la santé étant limitées, toutes les personnes impliquées dans l'élaboration, le financement, l'exécution, le suivi et la régulation des programmes – chefs des programmes nationaux de lutte contre les maladies, bailleurs de fonds, prestataires de services, collectivités, organismes de réglementation, bénéficiaires – doivent s'efforcer d'optimiser l'utilisation des ressources.

Les instances de coordination nationale (ICN) sont fortement encouragées à travailler avec les parties prenantes pour intégrer l'ODR dans tous les aspects de la préparation de la demande de financement et de la mise en œuvre de la subvention. Par exemple :

- Axer les programmes en fonction des données épidémiologiques et des obstacles existants liés aux droits de l'Homme et au genre, choisir les interventions les plus efficaces dans un contexte donné, mesurer les effets et utiliser les données pour améliorer les résultats.
- Procéder à une planification efficiente et efficace des achats, obtenir la bonne combinaison de produits médicaux de qualité à des prix se rapprochant le plus possible de ceux du mécanisme international d'achat groupé, en limitant les ruptures de stock de produits médicaux essentiels, même dans les régions reculées.
- Créer, financer, utiliser et renforcer des systèmes nationaux pour assurer les services financés par le Fonds mondial, cette situation devant être la situation par défaut. Ceci est d'une importance capitale pour pérenniser les programmes. Toute exception devra être dûment justifiée. Il est fortement conseillé aux pays de passer des systèmes mis en place parallèlement à des systèmes pris en charge par le pays et d'en améliorer l'efficacité, ce qui prendra du temps. Les processus et les investissements liés à ces besoins doivent être exposés clairement.

- Renforcer le leadership, la gouvernance et les capacités organisationnelles concernant le financement de la santé afin d'accélérer la mise en place de la couverture sanitaire universelle et la concrétisation de l'ODD n° 3. Mobiliser des ressources suffisantes pour atteindre un niveau de couverture des interventions permettant de changer la trajectoire des épidémies, améliorer le suivi des ressources, et éviter les doubles financements par des donateurs.
- Améliorer la gestion financière et les systèmes de prestation de services dans les environnements où la capacité d'absorption reste un problème majeur, afin d'augmenter la capacité du pays à utiliser les fonds de manière efficace et efficiente.
- Investir dans le développement institutionnel afin de promouvoir la formulation de politiques favorisant une utilisation optimale des ressources. Par exemple, faciliter une réforme du système de santé dans le but de supprimer les systèmes parallèles redondants et de favoriser l'intégration ; adopter de nouvelles lois visant, d'une part, à éliminer les obstacles juridiques qui empêchent les populations clés et vulnérables d'accéder aux services, et d'autre part, à créer un environnement catalyseur propice pour remédier aux disparités sociales et aux normes de genre néfastes.

Le Secrétariat du Fonds mondial et les partenaires techniques peuvent aider les ICN à faciliter les discussions sur l'optimisation des ressources¹¹.

3. Les aspects fondamentaux de l'optimisation des ressources

3.0 Vue d'ensemble

Dans la chaîne de production d'un impact sanitaire représentée sur la **figure 1**, les aspects fondamentaux de l'ODR applicables aux demandes de financement soumises au Fonds mondial sont l'*économie*, l'*efficacité* et l'*efficience*, l'*équité* et la *viabilité* étant deux aspects transversaux essentiels.

L'ODR intègre ces cinq objectifs qui, dans toute la mesure du possible, doivent être atteints en même temps.

Pour chaque demande de financement, l'optimisation des ressources sera évaluée dans le contexte de la stratégie de lutte contre la maladie concernée et de la stratégie sanitaire globale du pays, en examinant les investissements nationaux et des investissements d'autres donateurs. Les investissements du Fonds mondial devront selon les cas coïncider avec ceux des gouvernements nationaux et d'autres partenaires et bailleurs de fonds comme la Banque mondiale, Gavi, le Mécanisme de financement mondial (MFM), le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ou l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI) pour n'en citer que quelques-uns. Les investissements du Fonds mondial devront être utilisés pour promouvoir des actions équitables et une efficience maximale. Les pays sont fortement encouragés

¹¹Les candidats sont invités à mener par avance les études et les concertations nationales nécessaires pour approfondir les aspects de leurs demandes de financement concernant l'optimisation des ressources. Il se peut que certains organismes techniques et de financement disposent de ressources pour fournir le soutien nécessaire. Le Fonds mondial, dans le cadre de ses initiatives stratégiques par exemple, fournit une assistance technique aux pays afin d'améliorer l'optimisation des ressources dans leurs programmes et leurs systèmes. Une partie de cette assistance est consacrée au renforcement des PSN et à la préparation des demandes de financement.

à réfléchir à une coordination des donateurs pour financer des éléments constitutifs du système de santé nécessitant des fonds qu'un seul partenaire n'est pas en mesure de fournir.

3.1 Économie : obtenir des intrants de qualité au prix le plus bas

L'aspect *économie* de l'ODR suppose d'obtenir au meilleur prix les intrants de qualité nécessaires pour assurer des services de santé préventive ou curative. Dans la prestation des services de santé, les facteurs de coût sont principalement les produits médicaux et les ressources humaines. Prêter attention à l'optimisation des ressources dans ces deux domaines peut avoir d'importantes répercussions sur la réussite des programmes. Des exemples de domaines méritant une attention sont donnés ci-dessous.

- (a) Produits médicaux.** L'achat des produits médicaux¹² est un domaine dans lequel il faudra particulièrement veiller à optimiser les ressources. Le Fonds mondial ne finance pas les produits médicaux achetés à un prix supérieur au prix de référence lorsque celui-ci existe. Les prix de référence sont établis à partir de listes de prix de produits médicaux et non médicaux spécifiques, lesquels sont négociés à l'échelle mondiale, soit par le biais du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial (p. ex. wambo.org), soit par des partenaires ou par l'intermédiaire de plateformes partenaires telles que le Service pharmaceutique mondial (SPM) du Partenariat Halte à la tuberculose. Conformément aux bonnes pratiques d'achat de produits pharmaceutiques, chaque candidat ou partenaire de mise en œuvre devra suivre des procédures transparentes et concurrentielles pour acheter des produits médicaux afin d'optimiser l'utilisation des ressources.

Les candidats peuvent décrire les actions entreprises pour acquérir des produits médicaux de qualité garantie au prix à long terme le plus bas et contribuer à d'autres aspects d'une bonne gestion des produits de santé (GPS). Pour plus de détails sur la GPS, les candidats pourront se référer aux règles qui régissent les achats et la gestion des produits de santé, lesquelles sont exposées dans le [Guide sur la politique du Fonds mondial en matière de gestion des achats et des stocks de produits de santé](#), dans la section sur la GPS de la [Note d'information sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé \(SRPS\)](#) ainsi que dans l'annexe sur la GPS de la [Note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement](#). Pour les produits médicaux non pris en charge par le Fonds mondial, mais achetés par l'intermédiaire de son mécanisme d'achat groupé, les candidats sont fortement incités à examiner et comparer les prix pratiqués aux niveaux régional et international, y compris les prix de référence du MAG du Fonds mondial (cf. **Annexe 5**).

Les candidats sont fortement incités à suivre totalement les directives actuelles de l'OMS lors de la sélection et de l'achat des produits de santé quel que soit le canal d'approvisionnement utilisé (MAG, SPM ou autre). Les décisions d'achat doivent être fondées sur une analyse du rapport coût/efficacité, en prenant en compte non seulement l'efficacité clinique et le coût des produits, mais aussi leur acceptation et l'observance des traitements par les patients. Prenons l'exemple d'antipaludéens destinés aux enfants (artéméther/luméfantrine). Même si les

¹² Les produits médicaux essentiels comprennent : i) les produits pharmaceutiques ; ii) les produits de diagnostic in vitro durables et non durables, les microscopes et le matériel d'imagerie ; iii) les produits de lutte antivectorielle ; iv) les produits de consommation et de santé à usage unique, notamment les préservatifs, les insecticides, les produits destinés au soutien nutritionnel thérapeutique, les articles généraux de laboratoire et les seringues, qui sont financés par les subventions du Fonds mondial.

comprimés dispersibles peuvent être légèrement plus chers, ils seront mieux acceptés par les enfants et l'observance du traitement sera meilleure qu'avec des comprimés non dispersibles. C'est un point dont il faudra tenir compte au moment de choisir les produits. Les candidats sont fortement incités à faire un choix rationnel entre les différentes possibilités pour garantir une utilisation optimale des ressources. Ils pourront notamment procéder à une évaluation des technologies médicales (ETM)¹³ afin de prendre des décisions judicieuses qui vont maximiser le rendement de l'investissement. Ils pourront fonder leurs décisions sur un examen minutieux des diverses possibilités, en comparant le coût total et l'efficacité ou les avantages de chacune d'elles, compte tenu de l'accessibilité financière et de la faisabilité.

Si le financement est demandé pour acheter de nouvelles technologies de pointe, les candidats sont invités à fournir des éléments justifiant cette demande. Lorsqu'elles existent, des données locales devront compléter les données mondiales présentées à titre de justification. Par ailleurs, l'applicabilité et la viabilité de ces technologies, notamment leurs implications en matière de mise en œuvre et sur le plan financier, devront être prises en considération. Par exemple, choisir de nouvelles machines pour diagnostiquer une maladie en laboratoire (p. ex. étendre GeneXpert à des établissements de santé de niveau inférieur) exige de prendre des décisions rationnelles concernant les zones géographiques où ces machines seront installées. Il faut en outre ne pas oublier les infrastructures qui devront être adaptées pour transporter les échantillons, l'entretien et la réparation des machines, la formation et la supervision du personnel, et d'autres points à considérer pour que l'introduction d'une nouvelle technologie soit une réussite.

Lorsqu'il étudie les demandes de financement, le Fonds mondial cherche des éléments montrant que les aspects ci-dessus ont été pris en compte et que les nouvelles technologies sont choisies ou déployées de façon rationnelle, compte tenu du contexte et des capacités du système de santé du pays. Ces décisions d'investissement doivent être justifiées dans une optique d'optimisation des ressources, en s'assurant que les avantages et les inconvénients ainsi que les alternatives ont bien été examinés dans le cadre du processus décisionnel.

- (b) Ressources humaines.** Le coût des ressources humaines varie considérablement d'un pays à l'autre, en raison principalement de différences dans la situation économique des pays ainsi que dans les salaires et les modalités de paiement des prestataires de soins, y compris les prestataires communautaires tels que les agents de santé communautaires (ASC), les volontaires ou les acteurs du conseil et des soins dispensés par des pairs. Dans certains cas, les volontaires ne sont pas rémunérés, alors que dans d'autres, ils perçoivent un salaire et des indemnités. Le Fonds mondial soutient la recommandation affirmant qu'il faudrait « doter les agents de santé communautaires d'une enveloppe budgétaire en rapport avec les demandes d'emploi, la complexité, le nombre d'heures travaillées, la formation et les rôles qu'ils doivent endosser¹⁴ ».

Les candidats devront décrire les moyens employés par le programme national pour favoriser une mobilisation ou une utilisation la plus efficiente possible des ressources humaines pour la prestation des services. Il pourra s'agir des moyens suivants ; éviter les doubles financements grâce à une coordination efficace des donateurs ; recruter du personnel uniquement en cas de

¹³ L'évaluation des technologies médicales est une méthode utilisée pour étayer des politiques et des décisions dans le domaine de la santé, notamment sur la meilleure manière d'affecter des fonds limités à certaines interventions ou technologies. L'évaluation est menée par des groupes interdisciplinaires à l'aide de cadres d'analyse explicites, en s'appuyant notamment sur des données cliniques, épidémiologiques et économico-sanitaires.

¹⁴ [Résolution concernant les agents de santé communautaires](#)

besoin ; attribuer des rôles appropriés au personnel de santé, y compris aux prestataires de services communautaires ; verser des salaires conformes aux procédures de gestion des ressources humaines et aux grilles salariales en vigueur dans le pays. Pour un complément d'information, il est suggéré aux candidats de se reporter à la [Note d'information sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#) ainsi qu'à la [Note d'information technique sur les ressources humaines pour la santé](#).

- (c) **Autres.** En plus des investissements en rapport avec les produits médicaux et les ressources humaines, les ICN sont fortement incitées à examiner attentivement toutes les autres dépenses proposées dans la demande de financement – coûts de gestion des programmes, dépenses d'investissement et autres investissements destinés à renforcer le système de santé et les systèmes communautaires – afin de s'assurer que celles-ci sont indispensables à la prestation efficiente de services de qualité.

Dans le cas d'une dépense d'investissement importante ou d'un investissement majeur dans le système de santé (laboratoires, véhicules, systèmes d'information), il est conseillé aux candidats de justifier les investissements et de montrer ce qui a été fait pour obtenir des intrants au meilleur prix sans transiger sur la qualité.

Les candidats sont fortement incités à s'assurer de la cohérence entre, d'une part, les plans d'achat et les budgets proposés pour les intrants essentiels (produits médicaux, ressources humaines pour la santé, autres investissements), et d'autre part, les objectifs programmatiques définis dans les demandes de financement.

3.2 Efficacité : obtenir les effets escomptés

L'*efficacité* se mesure par la capacité des interventions et des activités proposées à produire les résultats et les effets annoncés dans les plans du secteur de la santé et les PSN de lutte contre les maladies. Les interventions proposées et leur hiérarchisation doivent être fondées sur une connaissance avérée du contexte épidémiologique, en tenant compte de la charge de morbidité et de la répartition d'une maladie sur un territoire et dans la population, des principaux moteurs de l'épidémie, des modes de transmission, des obstacles dans l'accès aux services de santé et des prévisions en matière de charge de morbidité.

Les candidats devront fournir des éléments précis pour justifier les interventions clés choisies. Ils devront, entre autres, montrer que les produits médicaux sont les plus pertinents sur le plan technique et qu'ils ont été choisis conformément aux orientations techniques normatives et aux meilleures pratiques actuelles pour atteindre les résultats prévus, compte tenu des données factuelles disponibles, du contexte du pays et des enseignements retenus d'interventions passées¹⁵. S'il est important que les interventions décrites dans la demande de financement soient suffisamment ambitieuses pour atteindre les objectifs et les cibles du PSN, celles-ci doivent être réalisables avec les fonds disponibles et contribuer aux résultats obtenus avec d'autres sources de financement (p. ex. financements nationaux et autres ressources extérieures).

Pour démontrer l'efficacité d'un programme qui fait l'objet d'une demande de financement, ce programme doit être centré sur le plan stratégique, solide sur le plan technique et suffisamment ambitieux, tout en étant réalisable sur le plan opérationnel. Une demande de financement doit être élaborée en fonction du contexte épidémiologique du pays, du système de santé et des systèmes

¹⁵ Voir les [notes d'information sur le VIH, la tuberculose et le paludisme](#)

communautaires, des obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre, de l'accessibilité financière et d'autre particularités propres au pays.

Les contraintes financières sont un élément important de l'optimisation des ressources. Une enveloppe de financement limitée oblige les pays à choisir des interventions efficaces et à faire preuve de rigueur dans l'établissement de leurs priorités.

Pour répondre aux questions sur l'optimisation des ressources, il est fortement conseillé aux candidats de mentionner l'aspect *efficacité* de l'ODR dans leur demande de financement et de mettre en avant le bien-fondé de la hiérarchisation des interventions, les autres solutions envisagées et les équilibres éventuellement trouvés entre des possibilités radicalement différentes.

3.3 Efficience : maximiser les réalisations, les résultats et l'impact

L'*efficience* se définit comme la capacité à maximiser les réalisations, les résultats ou l'impact avec certain niveau de ressources.

Les principales sources d'inefficience mentionnées dans le Rapport sur la santé dans le monde de 2010 vont d'un usage inapproprié et inefficace des médicaments à une composition du personnel coûteuse, en passant par une faible utilisation des infrastructures et une qualité non optimale des soins¹⁶. Ces observations restent d'actualité et les possibilités d'améliorer le rendement des investissements demeurent nombreuses. Les candidats sont invités à consulter l'**annexe 1** pour identifier les principales sources d'inefficience dans leur propre environnement et à mettre en valeur les mesures prises pour y remédier dans leurs demandes de financement.

L'aspect efficience peut être abordé, d'une part, au niveau des programmes de lutte contre les maladies, et d'autre part, au niveau du système de santé. À chaque niveau, il existe deux types d'efficience : l'efficience allocative et l'efficience technique¹⁷.

L'efficience au niveau des programmes de lutte contre les maladies

- (a) L'**efficience allocative** désigne la répartition optimale des ressources entre les interventions, les zones géographiques et les groupes de population afin de maximiser l'impact du programme. Cela devra inclure l'usage qui est fait des données pour axer les interventions sur les populations qui en ont besoin au bon moment.

Un critère clé d'une répartition optimale des ressources est le rapport coût/efficacité. Comprendre le coût des interventions est une première étape capitale pour s'approcher de l'efficience. Il est par exemple important d'avoir une bonne compréhension des coûts directs – p. ex. le prix des médicaments – mais aussi du coût de la prestation des services, notamment des coûts partagés des établissements de santé et des ressources humaines qui travaillent sur plusieurs maladies et répondent à de multiples besoins, ainsi que du coût des interventions visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre, qui empêchent d'accéder aux services. Les pays devront analyser la structure des coûts sous-jacents de leur système de santé pour aider à la compréhension du coût des interventions propres à une maladie. Grâce à cette analyse, les pays peuvent chiffrer, budgétiser et hiérarchiser les interventions afin d'étayer l'élaboration de PSN pour le secteur de la santé ou la lutte contre une maladie particulière. Les candidats pourront consacrer des efforts particuliers – au moyen d'enquêtes par exemple – à mieux comprendre leurs propres coûts unitaires. Il existe différents outils et

¹⁶ OMS (2010). Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Chapitre 4 : Plus de santé pour son argent.

¹⁷ L'efficience technique est également appelée « efficience de la mise en œuvre ».

différentes méthodes de chiffrage que les candidats pourront utiliser pour établir leurs coûts unitaires ou étoffer leurs bases de données dans ce domaine, afin de favoriser une meilleure planification. L'efficacité d'une intervention ou d'une combinaison d'interventions mesurée en nombre de vie sauvées, d'infections évitées ou d'AVCI épargnées, peut être prévue par les modèles d'estimation de l'impact épidémiologique. Utilisés ensemble, les outils de chiffrage et les modèles épidémiologiques peuvent aider à évaluer le rapport coût/efficacité de différentes combinaisons d'interventions afin d'éclairer les prises de décisions concernant la répartition des ressources.

Des informations complémentaires comprenant des ressources et des outils pour effectuer une analyse de l'efficacité allocative figurent dans l'**annexe 2**. Les candidats sont également invités à se référer aux lignes directrices pour élaborer un PSN et aux ressources sur le chiffrage citées dans l'**annexe 5**.

Ils pourront expliquer dans leurs demandes de financement comment les priorités d'un programme de lutte contre une maladie ont été fixées et comment les ressources ont été réparties pour en maximiser l'impact, compte tenu de tous les fonds disponibles pour la santé dans le pays.

- Les décisions concernant les interventions prioritaires pourront avoir été prises en s'appuyant sur une analyse de l'efficacité allocative effectuée dans le cadre d'un processus national. Il est fortement conseillé aux candidats de fournir des informations sur les estimations des coûts sous-jacents utilisées pour hiérarchiser les interventions, en précisant les sources de données et la méthodologie utilisée. Les preuves d'un travail d'analyse solide visant à faire le lien entre le financement et les résultats attendus devront être fournies.
- Lorsque la capacité des pays est limitée et/ou les données de qualité sont rares, notamment dans les environnements qualifiés de [contextes d'intervention difficiles \(CID\)](#), il peut s'avérer impossible d'effectuer une analyse de l'efficacité allocative et d'en interpréter correctement les résultats. En pareil cas, les candidats sont invités à expliquer comment les interventions choisies sont hiérarchisées pour en maximiser l'impact en utilisant les informations disponibles.

Les candidats sont fortement encouragés à renvoyer aux justifications de la hiérarchisation de leurs interventions, qu'ils auront éventuellement déjà exposées dans d'autres parties de la demande de financement.

- (b) L'efficacité technique** consiste à réduire le coût de la prestation des services au minimum dans le continuum de soins, tout en obtenant les résultats sanitaires souhaités. On peut y parvenir en déterminant la bonne combinaison d'intrants et des modalités d'exécution optimales. Par exemple, réussir à traiter la tuberculose en évitant les hospitalisations et en privilégiant les soins ambulatoires permet de faire baisser nettement le coût unitaire. Un autre exemple consiste à mettre en place un mode de dépistage conçu pour éliminer les obstacles qui empêchent d'accéder à ces services, afin de maximiser l'accès au moindre coût à la fois pour le prestataire et pour le patient.

Les candidats sont fortement encouragés à mettre en avant les mesures déjà prises ou prévues pour réduire le coût de la prestation des services au minimum dans le continuum de soins tout en obtenant les résultats sanitaires souhaités. Ces mesures visent à :

- (1) Trouver la combinaison d'intrants – produits médicaux de qualité et ressources humaines – optimale. Par exemple, certains systèmes s'appuient de manière

excessive sur les médecins dans des situations où il serait tout à fait possible de déléguer des tâches à des personnels de santé moins onéreux comme le personnel infirmier ou les agents de santé communautaires. Cela permettrait non seulement d'économiser des ressources financières mais aussi d'obtenir de meilleurs résultats, dans la mesure où les ASC contribuent grandement à favoriser l'observance des traitements.

- (2) Éliminer les disparités et les obstacles d'ordre financier, matériel ou liés aux droits de l'Homme et au genre dans l'accès aux services de santé. Par exemple : activités d'un bon rapport coût/efficacité visant à créer une demande pour régler le problème du faible recours aux services.
- (3) Offrir des services de qualité en recourant à des protocoles, modalités, canaux ou plates-formes efficaces. Par exemple :
 - Adopter un calendrier plus efficace pour les consultations et le renouvellement des traitements ;
 - Mettre en œuvre à grande échelle des services gérés par les communautés et les populations clés, ainsi que d'autres modèles de prestation intégrée des services centrés sur les patients, dans le continuum de soins ;
 - Augmenter le rendement du dépistage en améliorant les stratégies de ciblage ;
 - Optimiser les algorithmes de dépistage des laboratoires afin d'en garantir le rapport coût/efficacité ;
 - Exploiter la puissance des technologies numériques pour améliorer l'accès aux services, le lien avec la prise en charge, l'observance des traitements ainsi que le partage et l'utilisation des données pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacité des soins ;
 - Introduire de bonnes méthodes de gestion des hôpitaux afin d'améliorer la productivité du secteur hospitalier.
- (4) Améliorer l'utilisation de données – par zone géographique, lieu et date – et les systèmes de suivi des patients pour faire baisser le nombre de patients perdus de vue.

L'efficacité technique passe également par une amélioration des modalités de mise en œuvre de manière à limiter les coûts de gestion des programmes et à pouvoir réagir face aux risques et aux obstacles programmatiques, notamment en abaissant les coûts de fonctionnement et de gestion des bénéficiaires des subventions du Fonds mondial dans un souci d'efficacité et de viabilité.

L'efficacité au niveau du système de santé

De nombreux gains d'efficacité potentiels se situent au niveau du système de santé. L'efficacité au niveau du système, également appelée efficacité transprogrammatique, est essentielle pour réaliser des gains d'efficacité au niveau des programmes.

- (a) **L'efficacité allocative** consiste à répartir toutes les ressources disponibles en réfléchissant bien à la part de ces ressources qui doit contribuer au renforcement du système de santé dans son ensemble, en vue d'éliminer les obstacles fréquemment rencontrés par les programmes. Les discussions sur la répartition des ressources au niveau du système doivent être organisées en coordination avec les parties concernées et replacées dans le cadre plus large de la concrétisation de la couverture sanitaire universelle et de l'ODD n° 3. Elles pourront par exemple s'appuyer sur des concertations menées auprès des gouvernements nationaux et infranationaux, de partenaires du développement comme la Banque mondiale ou d'autres

banques de développement, du Mécanisme de financement mondial, de Gavi, du Fonds mondial, d'organismes techniques comme l'OMS, des donateurs et des populations affectées.

Les candidats pourront indiquer comment ils entendent répartir l'ensemble des ressources disponibles pour maximiser l'impact. Ils pourront par exemple expliquer comment seront réparties les ressources consacrées à l'établissement de SRPS en vue d'appuyer la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il pourra s'agir d'investissements dans des domaines divers – chaînes d'approvisionnement, systèmes d'information sanitaire, politiques, gouvernance et gestion, ressources humaines, organisations communautaires, constitution de réseaux, etc. – visant à éliminer les principaux obstacles systémiques et à favoriser une prestation efficiente des services. Les investissements dans les différents aspects des SRPS devront être hiérarchisés en fonction des contraintes financières, en remédiant d'abord aux blocages les plus importants et en équilibrant solutions à court terme et impact à long terme. Les candidats trouveront des indications supplémentaires dans la [Note d'information sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#) du Fonds mondial.

- (b) L'efficacité technique** signifie répondre à différents besoins de santé avec des prestations de services de qualité pour un coût le plus bas possible, de manière à maximiser les bienfaits du système pour l'ensemble de la population. Il est possible d'y parvenir en éliminant les doublons, en uniformisant davantage, en favorisant l'intégration dans l'ensemble des éléments constitutifs du système de santé – y compris les chaînes d'approvisionnement, les systèmes d'information sanitaire et les ressources humaines. Il est tout aussi important de renforcer d'autres fonctions essentielles du système de santé, notamment les fonctions de gouvernance et de financement, pour optimiser le fonctionnement de ce système.

Les candidats pourront insister sur les efforts menés ou envisagés pour améliorer l'harmonisation, l'intégration et la fonctionnalité d'un élément constitutif du système de santé ou du système dans son ensemble. Parmi les actions possibles, on peut citer les suivantes :

- (1) Mesures concrètes visant à éliminer les éventuels systèmes parallèles mis en place pour les différentes maladies en ce qui concerne les achats, les chaînes d'approvisionnement, les laboratoires et l'information.
- (2) Intégration de la prestation des services par le biais des plates-formes de soins primaires pour réaliser des économies de gamme et des économies d'échelle¹⁸, en adoptant une [approche centrée sur les personnes](#)¹⁹. Privilégier les consultations externes et les établissements de santé primaire comme alternatives aux hospitalisations est une possibilité qui doit être envisagée lorsque cette solution est adaptée et réalisable avec des produits médicaux de qualité et du personnel correctement formé et supervisé. Cela permet de réduire le coût de la prestation des services et d'en améliorer l'accessibilité.

¹⁸ Des économies de gamme ou économies de diversification sont réalisées dans des situations où le fait de produire/fournir deux ou plusieurs biens/services ensemble revient moins cher que de les produire/fournir séparément. Cela est possible lorsque les processus de prestation des services sont complémentaires (p. ex. dépistage du VIH, dépistage de la tuberculose, dispensation de traitements) et partagent les mêmes intrants (p. ex. temps de travail du personnel infirmier, équipement de laboratoire). Les économies de gamme diffèrent des économies d'échelle, qui sont réalisées dans des situations où le fait de produire/fournir un même produit/service en grande quantité (traitement ou dépistage par exemple) entraîne une baisse du coût moyen de production/prestation. Tandis que les économies de gamme correspondent à des gains d'efficacité résultant d'une diversification des services, les économies d'échelle résultent du fait de fournir un même service en plus grande quantité. Ces deux approches de l'efficacité ont toutes deux leur intérêt.

¹⁹ Les services de santé centrés sur les personnes sont une approche des soins qui consiste à intégrer consciemment les perspectives des individus, des familles et des communautés, et à les considérer comme des acteurs tout autant que des bénéficiaires de systèmes de santé fiables qui répondent à leurs besoins avec humanité et d'une manière globale.

- (3) Intégrer et optimiser la prestation des services de laboratoire par une intégration systémique des technologies, grâce à de meilleures stratégies de mise à disposition des instruments et par une optimisation des réseaux de sous-traitance. Il est possible d'optimiser l'usage du matériel de laboratoire utilisé pour plusieurs maladies par une automatisation et un regroupement des équipements, afin de remédier à une sous-utilisation qui constitue une source majeure d'inefficience.
- (4) Un regroupement des tests de dépistage en laboratoire associé à une amélioration du système de transport des échantillons peut améliorer la qualité et faire baisser les coûts. Ces mesures doivent être envisagées en prenant en compte les questions d'accès aux laboratoires et de rapidité dans la transmission des résultats. Des informations complémentaires sur la façon d'améliorer l'efficacité des systèmes de laboratoires sont données dans la [Note d'information technique sur le renforcement des systèmes de laboratoires](#).
- (5) Adopter une approche systémique pour remédier aux problèmes fréquemment rencontrés dans la prestation des services pour les trois maladies – ruptures de stock ou pénuries de personnel par exemple – grâce à une gestion efficace de la planification et de la mise en œuvre.
- (6) Encourager la participation du secteur privé à la prestation des services ; améliorer à la fois l'accessibilité et la qualité des services de santé grâce à une collaboration stratégique avec le secteur privé.

3.4 Équité : répartir les ressources de manière impartiale et juste sur le plan social

L'équité²⁰ fait référence au fait d'offrir à tout le monde la possibilité de vivre en bonne santé et d'atteindre le bien-être, sans que nul ne soit désavantagé, que ce soit pour des raisons sociales, économiques, démographiques ou géographiques.

La notion d'équité est au cœur de l'action du Fonds mondial et de sa vision, à savoir, « un monde libéré des fardeaux du sida, de la tuberculose et du paludisme et une meilleure santé pour tous ». La promotion et la protection des droits de l'Homme et de l'égalité de genre font partie de la stratégie du Fonds mondial, un objectif essentiel et nécessaire pour garantir l'équité plus largement. Les candidats sont invités à consulter les [notes d'information techniques du Fonds mondial sur les droits de l'Homme et l'équité de genre](#).

En tant qu'aspect fondamental de l'optimisation des ressources, l'équité exige de mettre en œuvre des interventions destinées en premier lieu aux populations parmi les plus touchées et les plus délaissées, même si leur coût est plus élevé. Les populations clés et vulnérables, en particulier celles qui sont visées par des mesures pénales ou qui rencontrent d'autres obstacles liés aux droits de l'Homme, n'ont parfois pas la possibilité d'accéder aux services proposés dans des établissements de santé. Même si elles nécessitent des intrants d'un coût potentiellement plus élevé, les actions menées par les communautés ou les populations clés elles-mêmes sont plus efficaces pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre.

L'équité renforce l'efficacité des investissements ainsi que leur impact à long terme, dans la mesure où la lutte contre une épidémie et a fortiori l'élimination d'une maladie ne peuvent aboutir que si nul n'est laissé pour compte. Ignorer les poches d'une épidémie présentes dans des populations mal desservies entraîne une résurgence de la maladie et des coûts plus élevés. L'équité est donc un

²⁰ [Équité et inégalités dans la santé](#)

aspect essentiel pour évaluer l'efficacité des interventions présentées dans les demandes de financement. Les interventions devront mettre suffisamment l'accent sur l'élimination des obstacles liés aux droits de l'Homme et la promotion de l'égalité de genre, tout en s'attachant à protéger et à améliorer la santé des populations clés et vulnérables. Une part suffisante des fonds alloués aux interventions devra en outre être utilisée à cette fin. Améliorer l'équité dans l'accès aux services et l'égalité dans les résultats pourrait nécessiter des ressources supplémentaires à court terme pour obtenir un impact à long terme. Ceci est parfaitement en accord avec le cadre d'optimisation des ressources et le principe des ODD de faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte. Les disparités entre les genres, les discriminations fondées sur une multitude de motifs et d'autres obstacles liés aux droits de l'Homme empêchent des personnes d'accéder aux services disponibles²¹, d'où une sous-utilisation, et dont un manque d'efficacité, de ces services. Par exemple, dans un contexte où les services de réduction des méfaits ne sont proposés que dans des établissements de santé et nécessitent de s'inscrire auprès du narcologue, les consommateurs de drogues injectables (CDI) pourront ne pas se rendre dans ces établissements par crainte de perdre leur emploi, leur permis de conduire, voire la garde de leurs enfants. Il est important de veiller à ce que les acteurs de plusieurs systèmes et secteurs – santé, justice pénale, gouvernement, société civile – travaillent ensemble pour offrir des services de qualité, acceptables et accessibles d'une manière équitable, afin de produire les résultats escomptés sur le plan de la santé et de maximiser l'impact de ces services.

Par conséquent, les objectifs d'équité et d'efficacité sont ou peuvent être parfaitement compatibles dans la plupart des contextes. Plus d'équité contribue à plus d'efficacité et inversement.

- Pour atteindre les objectifs chiffrés fixés au niveau national et maximiser l'impact des investissements, les pays devront se concentrer sur des interventions efficaces destinées aux populations clés et vulnérables les plus touchées par les maladies. L'impact et l'efficacité s'en trouveront renforcés.
- Les objectifs d'efficacité et d'équité peuvent tout à fait être atteints en même temps. Le coût des services destinés aux populations clés et vulnérables ou aux populations mal desservies des régions reculées pourra être plus élevé. Dans cette situation, la recherche d'efficacité consiste à trouver le moyen le plus rentable pour atteindre ces populations. Par exemple, des conseils juridiques en ligne ont été mis en place en Russie pour toucher les consommateurs de drogues et les diriger vers les quelques services de réduction des méfaits gérés hors établissement de santé. Non seulement ces approches novatrices et économiques de la prestation de services sont plus efficaces, mais elles sont également plus efficaces, car elles éliminent les obstacles qui empêchent certaines personnes d'accéder aux services, contribuant ainsi à l'équité.

Dans les situations où la recherche d'efficacité et la recherche d'équité semblent entrer en conflit et orienter les investissements dans des directions différentes, un équilibre doit être trouvé. Il pourra s'agir, par exemple, d'équilibrer les investissements entre des interventions s'adressant à des populations relativement aisées installées dans des zones faciles d'accès et des interventions destinées à des populations marginalisées vivant dans des localités difficiles à atteindre. Du point de vue de l'efficacité, l'impact des investissements dans des interventions destinées à la population plus aisée sera probablement plus important du fait qu'il est possible d'accéder à cette population à moindre coût. Il sera toutefois essentiel de rééquilibrer l'investissement proposé en faveur des

²¹ Rapport mondial 2019 de l'ONUSIDA, [Les populations au cœur de la riposte](#) (en anglais) ; [Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose \(2019\)](#) (en anglais) ; RBM et Fonds mondial (2019), [Malaria Matchbox : outil d'évaluation de l'équité en matière de santé en vue d'améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme](#) (en anglais).

populations isolées, dont le risque de pauvreté et de morbidité sera peut-être plus important et qui ont les mêmes droits d'accéder aux soins, conformément à la promesse du Programme 2030 de faire en sorte que *personne ne soit laissé pour compte*.

Les interventions prioritaires devront être définies en conciliant les objectifs d'efficience et d'équité. Un pays pourra, par exemple, attribuer une note à chaque intervention selon des critères d'équité et d'efficience explicites, en utilisant comme critère d'efficience le rapport coût/efficacité, et comme critères d'équité, la diminution de la charge de morbidité d'une maladie ou la baisse des dépenses de santé aux effets désastreux dans les populations clés et vulnérables. Chaque critère pourra être pondéré différemment, de sorte que les décideurs puissent envisager toutes les alternatives pour concilier au mieux efficience et équité. Les ressources doivent être réparties dans le cadre d'un processus transparent et inclusif impliquant l'ensemble des parties concernées, y compris les populations clé et vulnérable et d'autres populations mal desservies.

Les candidats voudront peut-être mettre en avant les mesures prises et les investissements consentis pour atteindre l'équité. Par exemple :

- Promulguer des lois et des règlements ou instaurer d'autres changements institutionnels visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme, qui empêchent les populations clés et vulnérables d'accéder aux services ;
- Étudier la situation du système de santé et des systèmes communautaires, et inviter les communautés à participer de manière significative au processus de préparation de la demande de financement et aux prises de décisions concernant l'optimisation des ressources²² ;
- Identifier les obstacles à l'équité pertinents, notamment les obstacles financiers, liés aux droits de l'Homme et liés au genre qui empêchent d'accéder aux services, et allouer des fonds suffisants aux actions visant à éliminer ces obstacles ; répondre aux besoins des populations clés et vulnérables et d'autres populations mal desservies ; renforcer les systèmes de santé communautaires ;
- Renforcer les capacités des organisations communautaires à défendre des choix budgétaires et à surveiller la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptation et la qualité des services, y compris en anticipant et en signalant les ruptures de stock et les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre ;
- S'assurer que les systèmes d'information sanitaire sont en mesure de collecter et d'exploiter des données ventilées, afin de mieux comprendre les disparités en matière de risques et de résultats sanitaires et de pouvoir prendre les mesures nécessaires (voir l'exemple dans l'**annexe 4**) ;
- Déterminer des possibilités d'investissement favorisant à la fois l'efficience et l'équité ;
- Expliquer les critères d'allocation des ressources utilisés et justifier les équilibres trouvés dans les situations où efficience et équité peuvent s'avérer incompatibles.

3.5 Viabilité : un impact plus important à court et à long terme

La *viabilité* (ou pérennité) telle que définie par le Fonds mondial dans sa politique PTC fait référence à « la capacité d'un programme de santé ou d'un pays à maintenir et à intensifier la couverture des services de sorte à pouvoir maîtriser de manière permanente un problème de santé publique²³ ». Le

²² Voir la note d'information du Fonds mondial sur [l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#).

²³ [Politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) du Fonds mondial.

Fonds mondial encourage tous les candidats – quelle que soit la situation de leur pays dans le continuum de développement ou la date à laquelle ils pourraient s'affranchir complètement du soutien du Fonds mondial – à renforcer la viabilité à long terme des systèmes de santé et des actions menées contre les maladies, et à promouvoir une planification par le pays des mesures à prendre en ce sens dans le cadre d'un processus inclusif.

En s'attachant à axer globalement leurs demandes sur l'amélioration des résultats en matière de santé et la réalisation des objectifs des programmes de lutte contre les maladies, les candidats sont encouragés à préciser à la fois les effets immédiats et les effets à long terme des interventions figurant dans leurs demandes de financement. Ainsi, la viabilité à long terme, l'efficacité à court terme et l'efficacité devront être prise en compte dans l'examen des différents aspects de l'optimisation des ressources.

Quelques exemples de considérations susceptibles de contribuer globalement à la viabilité des programmes de lutte contre les maladies et des systèmes de santé sont donnés ci-dessous à titre indicatif :

- Justifier l'introduction de nouvelles technologies sur le plan épidémiologique et financier au vu des objectifs à court et long terme des programmes, en particulier dans les situations où ces nouvelles technologies nécessiteront des investissements immédiats importants ou auront des incidences financières à long terme ;
- Prendre en compte les futures difficultés du Fonds mondial à financer des programmes et planifier à l'avance la prise en charge par le pays des interventions financées par le Fonds, en particulier dans le cas d'une baisse des financements ou d'une transition à venir. Cela comprend la prise en charge progressive des coûts des programmes financés par des donateurs extérieurs, en étudiant des modèles de prestation des services financièrement accessibles pour le pays, et l'intégration des services essentiels dans les régimes d'assurance maladie nationaux ;
- Prendre très tôt des mesures pour supprimer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre, qui empêchent les populations clés et vulnérables d'accéder aux services, de recourir à ces services et de rester dans le système de soins ;
- Favoriser l'accès par le biais de systèmes nationaux à des produits médicaux abordables et de qualité financés avec des ressources nationales. Pour aider les pays dans ce sens, le Fonds mondial travaille à leur faciliter l'accès au mécanisme d'achat groupé (via le site wambo.org), y compris pour des achats effectués sur des financements nationaux. D'autres entités similaires (p. ex. le Service pharmaceutique mondial) offrent déjà la possibilité d'acheter des médicaments antituberculeux de manière groupée.

La [Note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement](#) détaille la démarche du Fonds mondial dans ce domaine crucial et constitue une ressource utile auxquels les candidats pourront se référer pour améliorer la viabilité des programmes en particulier et l'optimisation des ressources en général.

4. Trouver les bons équilibres pour maximiser l'ODR

La nature multidimensionnelle de l'optimisation des ressources exige des décideurs qu'ils prennent des décisions d'investissement basées sur un examen attentif du contexte du pays, tout en conciliant objectifs politiques nationaux à court terme et objectifs à long terme.

Quelques exemples, que les candidats pourront envisager pour leurs demandes de financement, sont donnés ci-dessous.

Prévention et traitement. Lorsque les ressources disponibles sont insuffisantes pour financer l'intégralité des interventions nécessaires à une riposte globale contre les maladies, les candidats devront définir une combinaison appropriée d'interventions de manière à maximiser l'impact des investissements, c'est-à-dire réduire la morbidité et la mortalité, tout en mettant le pays sur la voie d'une riposte durable permettant à terme de mettre fin aux trois épidémies. Pour le VIH par exemple, le processus d'élaboration d'une combinaison d'interventions efficaces au regard des coûts et fondées sur des éléments concrets devrait se dérouler de la manière suivante : 1) définir des interventions techniquement viables et classées par ordre de priorité ; 2) évaluer la situation épidémique ; 3) déterminer le coût de la prestation des services ; 4) examiner la viabilité et l'équité des interventions, notamment l'accessibilité des services pour les populations clés, en prêtant attention aux obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre qui empêchent ces populations d'y accéder (se référer à la [Note d'information sur le VIH](#) pour plus de détails). À cela doit s'ajouter un plaidoyer en faveur d'un renforcement des ressources et des capacités nationales afin que les actions menées puissent perdurer et couvrir toutes les personnes qui en ont besoin.

Les ressources étant également limitées pour la tuberculose et le paludisme, une démarche similaire devra être adoptée pour hiérarchiser au mieux les mesures de lutte contre ces deux maladies. Les pays peuvent s'aider des modèles d'impact épidémiologique (cf. **Annexe 2**) en présentant aux décideurs les avantages de différentes combinaisons de programmes, afin d'aider ceux-ci à faire le meilleur usage des ressources disponibles et à prendre conscience de la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires pour mettre fin aux épidémies.

Contrôle et élimination des maladies. La charge de morbidité d'une maladie ou la situation épidémiologique peuvent considérablement varier d'une région à l'autre à l'intérieur d'un pays. Pour cette raison, les décideurs auront peut-être à concilier lutte contre une maladie dans certaines régions et élimination de cette même maladie dans d'autres régions dans leurs objectifs. Dans ce cas, la demande de financement devra contenir des explications d'ordre épidémiologique pour justifier la ou les décisions d'investissement et démontrer l'optimisation des ressources. Ces explications devront être étayées par une analyse approfondie des interventions jugées les plus efficaces pour atteindre les objectifs de contrôle et d'élimination, des effets escomptés de ces interventions ainsi que des liens et des interdépendances entre elles.

Coûts initiaux élevés et viabilité. Le paysage du financement et la réalité budgétaire dans les pays soutenus par le Fonds mondial sont des facteurs importants pour établir des priorités dans les interventions. Les incidences financières à long terme de n'importe quel plan d'investissement à court terme doivent être prises en considération pour des raisons de pérennité. Un plan d'investissement pour financer l'acquisition de nouvelles technologies ou l'adoption de nouveaux protocoles de traitement doit être justifié sur le plan épidémiologique et financier, en particulier lorsque ces décisions entraînent des investissements immédiats importants ou ont des incidences financières à long terme, par exemple au niveau des frais de gestion. Une demande de financement

techniquement pertinente doit refléter un équilibre entre, d'une part, le niveau de couverture nécessaire des interventions essentielles pour obtenir les effets souhaités, et d'autre part, la capacité à financer sur la durée le maintien en l'état ou la mise en œuvre à plus grande échelle de ces interventions.

Investir pour des résultats à court et à long terme. Il est capital d'investir dans des interventions spécifiques aux trois maladies pour que ces investissements aient un impact épidémiologique. Cependant, cet impact ne pourra être maximisé qu'en présence de systèmes de santé solides. Les investissements nécessaires à l'établissement de SRPS doivent être pris en compte dans les décisions concernant la répartition des ressources, malgré les incitations à produire des résultats à court terme. Cela signifie ne plus se concentrer uniquement sur des investissements à court terme, axés sur les intrants ou propres à une maladie (véhicules, voyages, formation, équipements et autres) mais privilégier des investissements plus stratégiques (renforcement des capacités de gestion, amélioration des mécanismes de redevabilité, renforcement des moyens des prestataires de services et autres) aptes à renforcer les capacités et à pérenniser les résultats. Cette évolution doit être progressive et différenciée au regard du profil épidémiologique et de la maturité du système de santé de chaque pays. L'impact de certains investissements dans des SRPS ne pourra pas être évalué avant la fin du cycle triennal du Fonds mondial, ce qui n'empêche pas de trouver un équilibre entre les interventions produisant des résultats rapides et celles qui requièrent davantage de temps pour influencer sur les résultats sanitaires et améliorer l'efficacité du système de santé²⁴.

Efficience et équité. Avec une enveloppe de financement donnée, des investissements dans des interventions plus efficaces au regard des coûts auront probablement plus d'impact (p. ex. vies sauvées, AVCI épargnées) que des investissements dans des interventions d'un rapport coût/efficacité moindre. Cela participe à l'objectif d'efficience. Toutefois, ces gains d'efficience ne doivent pas se faire au détriment de l'équité et du droit à la santé²⁵. Les décideurs devront procéder à une analyse minutieuse des implications sociales et éthiques des interventions dont les rapports coût/efficacité diffèrent. Ils devront mobiliser toutes les ressources possibles pour financer une riposte globale aux maladies et trouver comment dispenser les services de la manière la plus efficace, efficiente et équitable possible. Par exemple, donner la priorité aux traitements de la tuberculose pharmacosensible sur les traitements de la tuberculose multirésistante peut aboutir à un nombre d'AVCI épargnées plus élevé du fait que les premiers sont d'un meilleur rapport coût/efficacité. Cependant, le fait de ne pas traiter la tuberculose multirésistante dès maintenant ou de ne pas en faire une priorité aurait des conséquences que l'on souhaite éviter pour la population, sans parler de possibles conséquences financières catastrophiques. Les décideurs nationaux devront trouver les moyens de répondre aux besoins de toutes les personnes touchées par la tuberculose, quel que soit le coût des différents traitements nécessaires.

²⁴ Se référer à la note d'information du Fonds mondial sur [l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#) pour plus de détails.

²⁵ [Voir la procédure de dépôt de plaintes relatives aux droits de l'Homme et les cinq normes minimales en matière de droits de l'Homme figurant dans les accords de subvention du Fonds mondial.](#)

Dans les situations où la recherche d'efficience et la recherche d'équité entrent en conflit et orientent les investissements dans des directions différentes, il est important de trouver un équilibre en étudiant les différentes solutions et en prenant les décisions dans le cadre d'un processus transparent et inclusif. La priorité devra être donnée aux actions destinées aux populations clés et vulnérables les plus touchées.

Exemples de questions à se poser par rapport aux points évoqués ci-dessus

1. Les investissements présentés dans la demande de financement sont-ils équilibrés de manière à réduire la morbidité et la mortalité à brève échéance mais aussi à long terme ?
2. Le centrage du plan d'investissement sur la lutte contre une maladie, l'élimination de cette maladie ou les deux en même temps est-il justifié dans la demande de financement ?
3. Comment le candidat justifie-t-il la nécessité d'un investissement initial massif et comment entend-il remédier à de possibles déficits de financement à court terme et répondre à des besoins de financement à plus long terme compte tenu de cet investissement initial ? Quelle incidence l'investissement a-t-il sur la pérennité du programme ?
4. Dans une situation où la recherche d'efficience et la recherche d'équité sont susceptibles d'orienter les investissements dans des directions différentes, comment ceux-ci ont-ils été déterminés et équilibrés pour maximiser l'impact tout en renforçant l'équité, y compris les droits de l'Homme et l'équité de genre ?
5. Comment la demande de financement présente-t-elle la nécessité d'utiliser des fonds pour déployer des services essentiels à grande échelle et accroître leur impact, par comparaison au besoin de planifier une transition satisfaisante, de renforcer des SRPS et d'investir dans d'autres domaines indispensables à la pérennisation des programmes en l'absence de soutien du Fonds mondial ?

5. Consignes d'utilisation de cette note d'information technique pour répondre aux questions sur l'optimisation des ressources dans la demande de financement

Des points importants à prendre en considération concernant les cinq aspects de l'optimisation des ressources sont synthétisés dans les questions guides énumérées dans le **tableau 1** du résumé.

Il est conseillé aux candidats, lorsqu'ils abordent le sujet de l'ODR, de commencer par exposer brièvement leur approche générale de l'optimisation des ressources. Ils pourront, par exemple, expliquer comment ils entendent intégrer l'optimisation des ressources dans les objectifs suivants :

- Renforcer l'inclusion (c.-à-d. ne laisser personne de côté) en veillant à ce que x millions de personnes issues de populations clés et vulnérables vivant dans y localités soient intégrées dans le programme national ;
- Soutenir une stratégie nationale en cours visant à renforcer les capacités au niveau infranational afin de lutter contre plusieurs maladies de manière intégrée ;
- Réduire le coût total des programmes tout en prévoyant des investissements pour former et retenir les personnels de santé et améliorer ainsi la qualité et la viabilité des programmes ;
- Apporter les ressources supplémentaires nécessaires au déploiement du système DHIS2 sur l'ensemble du territoire, en plus des ressources existantes – financement national de x dollars et financement extérieur de y dollars provenant du ou des donateurs z. Cela aidera

également à renforcer le système d'information sanitaire dans tous les districts et pas uniquement dans ceux où le système est financé par le Fonds mondial.

Les candidats pourront ensuite mettre en avant les mesures – actuelles et à venir – qu'ils jugent les plus importantes pour améliorer les trois aspects de l'optimisation des ressources (économie, efficacité et équité), en s'appuyant sur des exemples, des chiffres et d'autres données récentes disponibles. Les exemples ci-dessous sont donnés à titre indicatif :

- Étude de faisabilité et de viabilité concernant l'adoption d'un nouveau produit ou d'une nouvelle technologie ;
- Économies supplémentaires de x dollars réalisées du fait d'un recours accru au MAG pour acheter des produits médicaux ;
- Utilisation des outils d'aide à la mise en œuvre pour mettre en place des services de prévention intégrés et efficaces gérés par les populations clés²⁶ ;
- Analyse de l'efficacité allocative pour éclairer les décisions concernant la répartition des ressources ;
- Généralisation des modèles différenciés de prise en charge, par exemple, renouvellement des traitements antirétroviraux tous les 6 mois au lieu de 3 mois pour les patients stables ;
- Efforts visant intégrer des mesures propres à une maladie (p. ex. prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes, services de prise en charge du paludisme pendant la grossesse) dans des plates-formes de soins primaires comme les centres de soins prénatals ;
- Étude d'optimisation des réseaux de laboratoire ;
- Coût par personne et par an des TAR ramené de x USD à y USD pour l'année t grâce à une meilleure prestation des services ;
- Rendement accru du dépistage, passant de m% à n%, grâce à de meilleures stratégies de ciblage ;
- Poursuite des traitements favorisée suite à une amélioration de la prise en charge des cas au niveau communautaire ;
- Plans contribuant à démontrer les efforts déployés pour améliorer l'optimisation des investissements.

Malgré les éventuelles difficultés rencontrées par les candidats pour répondre aux questions sur l'ODR – à cause du peu d'informations dont ils disposent dans le pays par exemple –, ils voudront peut-être utiliser le cadre décrit dans cette note d'information technique pour préciser la manière dont ils entendent aborder l'optimisation des ressources à l'avenir.

Les candidats sont invités à exposer en toute transparence les difficultés rencontrées pour aborder la question de l'optimisation des ressources. Lorsque l'une de ces difficultés est le manque de données, les candidats sont fortement encouragés à envisager des investissements dans ce domaine, afin de mieux comprendre les facteurs clés qui sont à la base de l'optimisation des ressources, comme le coût et l'efficacité des interventions. Cette insuffisance des données pourra par exemple se faire sentir dans les domaines suivants : coûts unitaires des interventions destinées aux adolescentes et aux jeunes femmes ; modalités de dispensation des TAR ou activités de recherche active des cas de tuberculose les plus efficaces en fonction du contexte ; détermination des montants versés aux OSC pour garantir la pérennité des services de prévention destinés aux populations clés et vulnérables. Les candidats peuvent demander des fonds pour remédier à ces

²⁶ Des outils d'aide à la mise en œuvre distincts sont disponibles pour les [travailleuses et travailleurs du sexe](#), les [hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes](#), les [personnes transgenres](#) et les [consommateurs de drogues injectables](#).

difficultés et rassembler des éléments concrets qui leur permettront d'éclairer les décisions à venir en matière de répartition des ressources.

Lorsque les capacités sont limitées au niveau national ou infranational pour analyser des données en vue d'étayer des décisions stratégiques concernant la répartition et l'utilisation des ressources, il pourrait s'avérer nécessaire d'investir dans un renforcement de ces capacités. Les candidats sont incités à envisager l'utilisation de ressources, y compris celles du Fonds mondial, pour améliorer les systèmes de données – financières en particulier – et la gestion des finances publiques, afin de renforcer la capacité des pays à améliorer le suivi et donc l'utilisation des ressources à l'avenir.

Les candidats sont fortement encouragés à agir pour assurer une utilisation optimale des ressources tout au long du cycle de vie des subventions, de la demande de financement jusqu'à la clôture des subventions. La figure de l'**annexe 3** donne une vue d'ensemble par étape des actions prioritaires favorisant des gains d'efficacité dans le cadre d'un partenariat avec le Fonds mondial, les gouvernements nationaux, les partenaires et les acteurs de la santé mondiale. Le diagramme met en évidence les actions prioritaires à mener à chaque étape du cycle de vie d'une subvention du Fonds mondial.

Pour garantir une gestion budgétaire et financière rigoureuse des subventions ainsi que les bons résultats des programmes subventionnés et assurer ainsi une utilisation optimale des ressources, les candidats peuvent se référer aux [Directives pour l'établissement des budgets des subventions](#) du Fonds mondial ainsi qu'au [Manuel de gestion financière à l'intention des maîtres d'œuvre des subventions](#).

Ils peuvent également se reporter à l'**annexe 4**, qui contient des exemples d'optimisation des ressources dans plusieurs pays, ainsi qu'à l'**annexe 5**, dans laquelle ils trouveront un complément d'information sur l'ODR.

6. Glossaire

ACA	analyse coûts-avantages
ARCE	analyse du rapport coût/efficacité
ARV	antirétroviraux
ASC	agents de santé communautaires
AVCI	année de vie corrigée du facteur invalidité
CDI	consommateurs de drogues injectables
CSU	couverture sanitaire universelle
CTA	combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
CTEP	Comité technique d'examen des propositions
DFID	Ministère britannique du Développement international
ETM	évaluation des technologies médicales
Gavi	Alliance du vaccin
GPS	gestion des produits de santé
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICN	instance de coordination nationale
MAG	Mécanisme d'achat groupé
MFM	Mécanisme de financement mondial
MILD	moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée
MR	multirésistance
ODD	objectif de développement durable
ODR	optimisation des ressources (utilisation optimale des ressources)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	organisation de la société civile
PDS	prestation différenciée des services
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PSN	plan stratégique national
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
PTC	pérennité, transition et cofinancement
RHS	ressources humaines pour la santé
SPM	Service pharmaceutique mondial
SRPS	systèmes résistants et pérennes pour la santé
SSP	soins de santé primaires
TAR	traitement antirétroviral
TB	tuberculose

Annexe 1 : Principales causes d'inefficience des systèmes de santé²⁷

Table 4.1. Ten leading sources of inefficiency

Source of inefficiency	Common reasons for inefficiency	Ways to address inefficiency
1. Medicines: underuse of generics and higher than necessary prices for medicines	Inadequate controls on supply-chain agents, prescribers and dispensers; lower perceived efficacy/safety of generic medicines; historical prescribing patterns and inefficient procurement/distribution systems; taxes and duties on medicines; excessive mark-ups.	Improve prescribing guidance, information, training and practice. Require, permit or offer incentives for generic substitution. Develop active purchasing based on assessment of costs and benefits of alternatives. Ensure transparency in purchasing and tenders. Remove taxes and duties. Control excessive mark-ups. Monitor and publicize medicine prices.
2. Medicines: use of substandard and counterfeit medicines	Inadequate pharmaceutical regulatory structures/mechanisms; weak procurement systems.	Strengthen enforcement of quality standards in the manufacture of medicines; carry out product testing; enhance procurement systems with pre-qualification of suppliers.
3. Medicines: inappropriate and ineffective use	Inappropriate prescriber incentives and unethical promotion practices; consumer demand/expectations; limited knowledge about therapeutic effects; inadequate regulatory frameworks.	Separate prescribing and dispensing functions; regulate promotional activities; improve prescribing guidance, information, training and practice; disseminate public information.
4. Health-care products and services: overuse or supply of equipment, investigations and procedures	Supplier-induced demand; fee-for-service payment mechanisms; fear of litigation (defensive medicine).	Reform incentive and payment structures (e.g. capitation or diagnosis-related group); develop and implement clinical guidelines.
5. Health workers: inappropriate or costly staff mix, unmotivated workers	Conformity with pre-determined human resource policies and procedures; resistance by medical profession; fixed/inflexible contracts; inadequate salaries; recruitment based on favouritism.	Undertake needs-based assessment and training; revise remuneration policies; introduce flexible contracts and/or performance-related pay; implement task-shifting and other ways of matching skills to needs.
6. Health-care services: inappropriate hospital admissions and length of stay	Lack of alternative care arrangements; insufficient incentives to discharge; limited knowledge of best practice.	Provide alternative care (e.g. day care); alter incentives to hospital providers; raise knowledge about efficient admission practice.
7. Health-care services: inappropriate hospital size (low use of infrastructure)	Inappropriate level of managerial resources for coordination and control; too many hospitals and inpatient beds in some areas, not enough in others. Often this reflects a lack of planning for health service infrastructure development.	Incorporate inputs and output estimation into hospital planning; match managerial capacity to size; reduce excess capacity to raise occupancy rate to 80–90% (while controlling length of stay).
8. Health-care services: medical errors and suboptimal quality of care	Insufficient knowledge or application of clinical-care standards and protocols; lack of guidelines; inadequate supervision.	Improve hygiene standards in hospitals; provide more continuity of care; undertake more clinical audits; monitor hospital performance.
9. Health system leakages: waste, corruption and fraud	Unclear resource allocation guidance; lack of transparency; poor accountability and governance mechanisms; low salaries.	Improve regulation/governance, including strong sanction mechanisms; assess transparency/vulnerability to corruption; undertake public spending tracking surveys; promote codes of conduct.
10. Health interventions: inefficient mix/ inappropriate level of strategies	Funding high-cost, low-effect interventions when low-cost, high-impact options are unfunded. Inappropriate balance between levels of care, and/or between prevention, promotion and treatment.	Regular evaluation and incorporation into policy of evidence on the costs and impact of interventions, technologies, medicines, and policy options.

Source (6).

²⁷OMS (2010). Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Chapitre 4 : Plus de santé pour son argent

Annexe 2 : Outils disponibles pour analyser l'efficacité allocative

L'analyse de l'efficacité allocative est une méthode utilisée pour répartir des ressources de manière à obtenir un effet maximum (selon une définition particulière) avec les ressources disponibles. Les outils d'analyse existants permettent d'examiner et de comparer les coûts et l'impact attendu sur les épidémies de plusieurs répartitions différentes des ressources. L'analyse nécessite des données – estimations des coûts, évolution de l'épidémie, activités et résultats du programme. Elle doit être menée dans le cadre d'un processus géré par le pays. Plusieurs outils ont été mis au point pour procéder à une analyse de l'efficacité allocative, que ce soit pour des programmes de lutte contre une maladie particulière ou pour un système de santé pris dans son ensemble. Une liste composée de certains outils disponibles figure dans le **tableau 2** ci-dessous. Ces outils sont pour la plupart des modèles d'estimation de l'impact épidémiologique, lesquels sont souvent utilisés conjointement avec les modules de chiffrage intégrés à l'outil lui-même.

Les outils d'analyse de l'efficacité allocative ont plusieurs utilités :

- Ils sont le plus souvent utilisés pour éclairer le travail de planification au niveau central, notamment pour élaborer des plans stratégiques nationaux de lutte contre des maladies ou destinés au secteur de la santé. Le recours à ces mêmes outils est toutefois de plus en plus fréquent pour faciliter la planification au niveau infranational. Cela nécessite d'avoir à sa disposition des données épidémiologiques et des données de chiffrage locales, ce qui est de plus en plus courant. L'utilisation de ces outils au niveau infranational bénéficierait de capacités accrues et d'un vivier de compétences plus important dans le pays concerné.
- Ces outils d'analyse sont également utilisés pour établir le bien-fondé de certains investissements et étayer les actions de plaidoyer et de mobilisation visant à rassembler les ressources manquantes nécessaires pour contrôler et éliminer des maladies. Un financement complet permettrait aux pays d'étendre la couverture des programmes et de se concentrer sur d'autres difficultés à régler ou d'autres opportunités à saisir.
- Dernier point mais non des moindres, certains outils peuvent aider à mieux structurer la mise en œuvre des programmes et à élaborer les plans opérationnels des PSN. Ils peuvent notamment faciliter l'estimation de la charge de morbidité au niveau infranational, fournir des indications sur les différents modes de prestation des services dans la cascade de prise en charge, et donner des idées pour implanter des nouvelles technologies de manière optimale.

Pour tirer pleinement parti des outils d'analyse de l'efficacité allocative et maximiser l'intérêt de leur usage, les planificateurs de programme doivent avoir les points suivants à l'esprit :

- L'utilité de ces outils nécessite une analyse perspicace réalisée par des experts techniques qui, d'une part, connaissent le contexte local des programmes, et d'autre part, seront capables d'interpréter correctement les résultats de l'analyse et d'exploiter ces résultats pour élaborer des politiques ou mettre en œuvre des programmes. Les outils peuvent se révéler défaillants si les éléments concrets servant à paramétrer le modèle sont trop peu nombreux et/ou si les données sont d'une qualité insuffisante par rapport aux critères exigés. Ces limites peuvent nuire à la fiabilité des résultats de l'analyse et ont une incidence sur la façon d'interpréter et d'exploiter correctement ces résultats.

- Les estimations de coûts, qui sont des données essentielles pour utiliser ces outils, demeurent médiocre vu la quantité limitée et la qualité incertaine des données que les pays sont en mesure de fournir. Améliorer ces estimations devrait être une priorité.
- En raison du manque de preuves quantitatives de l'efficacité des catalyseurs sociaux sur la transmission des maladies, les outils d'analyse de l'efficacité allocative ne parviennent pas à rendre compte de toutes les interventions importantes visant à éliminer les obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme qui empêchent d'accéder aux services. Les décideurs devront tenir compte de ces limites lorsqu'ils utiliseront ces outils pour éclairer leurs décisions concernant la répartition des ressources, et accorder l'attention qu'ils méritent aux investissements dans les catalyseurs sociaux qui sont essentiels à la réussite des actions menées contre les maladies.
- Le choix de ce qui doit être « maximisé » est important. On considère souvent qu'il s'agit de maximiser le nombre de décès ou d'infections évités pour une maladie sur une certaine période. Cependant, il peut s'avérer nécessaire de réfléchir à d'autres questions comme l'équité ou la protection contre les risques financiers. Il est fortement conseillé aux décideurs de prendre en compte l'équité ou les risques financiers et leurs conséquences, selon le cas, dans leurs décisions concernant les investissements à réaliser.
- Comme les outils d'analyse de l'efficacité allocative sont incapables de modéliser l'impact des investissements réalisés au niveau du système de santé (p. ex. dans les ressources humaines, les chaînes d'approvisionnement, les systèmes d'information sanitaire, les politiques, la gouvernance et la gestion), nous suggérons aux pays de déterminer et d'estimer les investissements nécessaires pour éliminer les principaux obstacles systémiques qui nuisent à une prestation efficiente des services.

Depuis 2014, le Fonds mondial aide les pays à réaliser des analyses de l'efficacité allocative. Ce soutien apporté en collaboration avec des partenaires (p. ex. l'ONUSIDA, l'OMS, la Banque mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates et le partenariat Halte à la tuberculose) et des acteurs locaux vise à aider les pays à chiffrer et hiérarchiser correctement les interventions de leurs PSN de lutte contre des maladies ou destinés au secteur de la santé et à préparer des demandes de financement présentées au Fonds mondial.

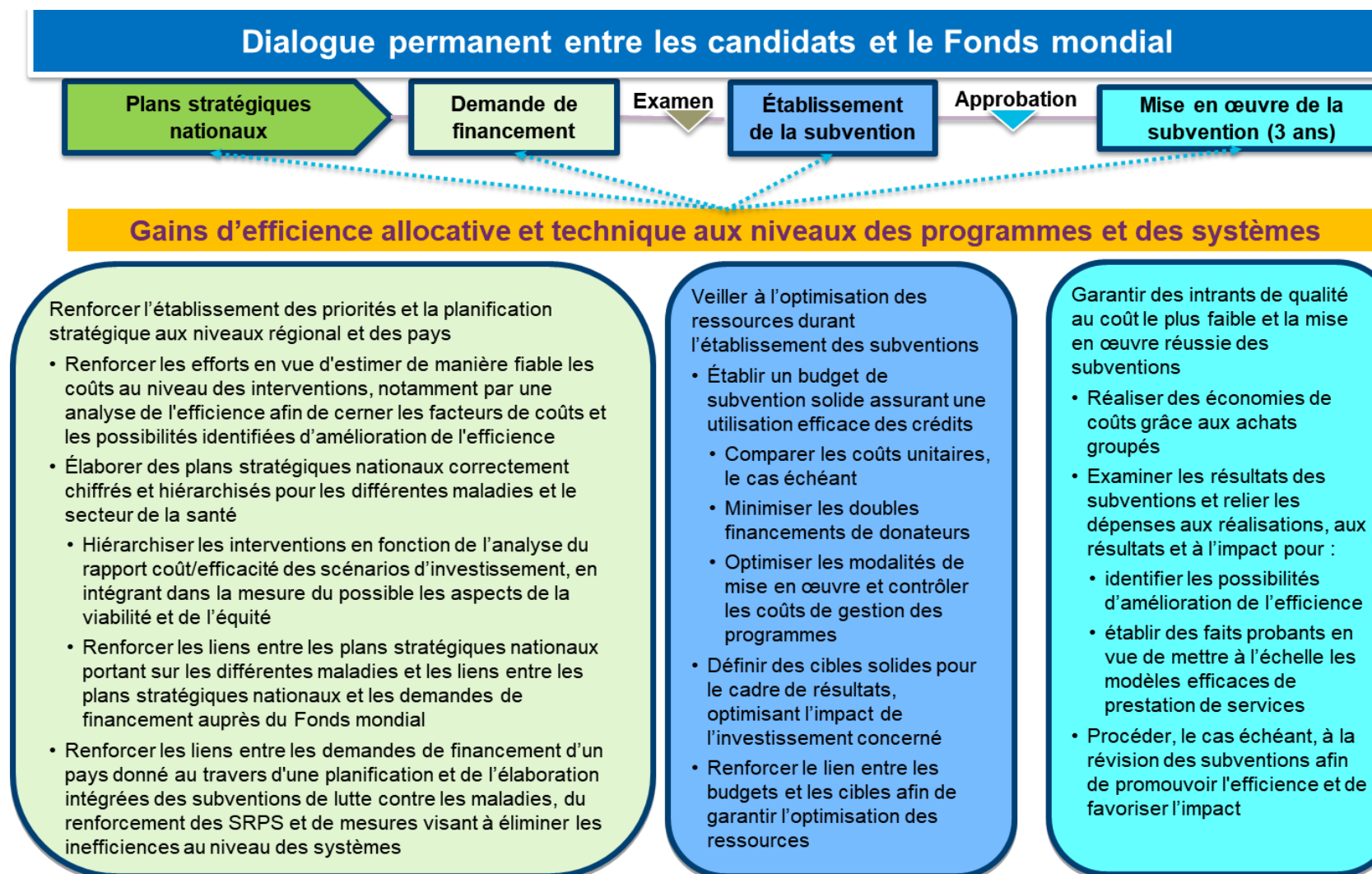
Les pays qui bénéficient du soutien du Fonds mondial peuvent recevoir une aide pour procéder à une analyse de l'efficacité, qu'il s'agisse d'un financement destiné à un programme ou au système de santé dans son ensemble, dans le cadre de l'initiative stratégique « Pérennité, transition et efficacité » (2017-2019). Les pays intéressés peuvent se renseigner sur les modalités d'accès à cette aide auprès de leur gestionnaire de portefeuille.

Tableau 2. Principaux outils d'analyse de l'efficience allocative (par ordre alphabétique)

Programmes de lutte contre les maladies/Systèmes de santé		Outil	Mis au point par ²⁸
Programme de lutte contre une maladie	VIH	AIM/Goals	Avenir Health
		AIDS Epidemic Model (AEM)	East-West Center
		Optima HIV	Institut Burnet
	TB	Australian Tuberculosis Modelling Network (AuTnMN)	Université James Cook
		Modélisation de l'Impérial College pour la tuberculose	Imperial College London
		Optima TB	Institut Burnet
		TB Impact Model & Estimates (TIME)	London School of Hygiene and Tropical Medicine
	Paludisme	Planification d'un scénario d'élimination	Imperial College London
		Modélisation pour le paludisme Epidemiological MODeling (EMOD)	Institute of Disease Modelling
		Malaria Elimination Transmission and Costing (MEMTC) (dans la région Asie-Pacifique)	Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit
		OpenMalaria	Swiss TPH
		Optima Malaria	Institut Burnet
	Spectrum Malaria	Avenir Health	
Systèmes de santé	Health Intervention Prioritization (HIP) Tool	University College London	
	OneHealth	OMS et d'autres	
	Socio-Technical Allocation of Resources (STAR)	London School of Economics	
	WHO-CHOICE	OMS	

²⁸ Des informations sur les collaborations ayant permis la mise au point de certains de ces outils figurent sur les sites web correspondants.

Annexe 3 : Actions prioritaires favorisant des gains d'efficacité tout au long du cycle de vie d'une subvention du Fonds mondial



Annexe 4 : Exemples de mesures prises par des pays pour améliorer l'optimisation des ressources

Économie

Exemple 1 : Réforme de la gestion des achats et des contrats en Éthiopie pour tirer parti de l'orientation des marchés

L'Éthiopie est le cinquième plus gros acheteur de médicaments antirétroviraux (ARV) dans le monde. En 2017, le pays a réformé en profondeur l'agence nationale responsable des approvisionnements en médicaments avec l'aide de partenaires clés. Dans le cadre de ces travaux, l'équipe des achats et l'équipe de pays du Fonds mondial ont collaboré avec l'Éthiopie sur une initiative de partage des connaissances portant sur la gestion des achats et des contrats. Suite à cela, l'Éthiopie a adopté des procédures de passation des marchés visant à établir des accords-cadres à long terme, comprenant notamment :

- Des mesures de performance afin d'obtenir les prix à long terme les plus bas sans nuire à la fiabilité des approvisionnements ;
- Des incitations à se surpasser pour les fabricants, une mesure jugée essentielle et conforme aux actions d'orientation des marchés du Fonds mondial.

Après plusieurs rencontres organisées à Genève et Addis-Abeba entre 2017 et 2019, le pays a désormais conclu des accords-cadres d'une durée de trois ans pour ses approvisionnements en ARV, kits de dépistage du VIH, antipaludéens et autres produits achetés par l'intermédiaire de son Fonds renouvelable pour l'achat de médicaments. Cette initiative visant à dépasser les appels d'offres ponctuels en série a permis d'assurer la sécurité des approvisionnements et de faire baisser considérablement les coûts unitaires, grâce à des volumes plus importants et à une meilleure prévisibilité de la demande pour les fournisseurs.

Exemple 2 : Soutenir une action forte contre le VIH au Malawi grâce à une chaîne d'approvisionnement efficace et efficiente

Au Malawi, près d'un million de personnes vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral. Du fait des volumes de fournitures nécessaires pour la prévention, le dépistage et le traitement de la maladie, les approvisionnements peuvent vite devenir un « cauchemar logistique » s'ils ne sont pas correctement coordonnés, planifiés et exécutés.

Avec le soutien du partenariat, le Malawi a surmonté ce défi en optimisant la planification des achats et le calendrier des expéditions et en recourant au mode de transport le plus économique (à savoir le transport maritime) pour faire venir des milliers de tonnes de produits médicaux de plusieurs continents. L'organisation de la chaîne d'approvisionnement nationale a été jugée efficiente et centrée sur les patients. Le pays a regroupé les services de stockage et de distribution et engagé des opérateurs privés pour livrer les produits sur plus de 800 sites tous les deux mois au meilleur prix.

Le programme de lutte contre le VIH/sida du Malawi est connu pour être un pionnier dans plusieurs domaines – notamment avec la mise en œuvre de l'option B+ – et pour exploiter comme aucun autre programme des données de qualité en temps réel qui permettent une planification et une programmation centrées sur les patients. Tout cela ajouté à une collaboration avec le MAG du Fonds mondial/Wambo.org a permis au programme de lutte contre le VIH/sida du Malawi d'économiser plus de 80 millions de dollars entre 2016 et 2018.

Exemple 3 : Réforme de la gestion des ressources humaines en Tanzanie

En Tanzanie, l'instance de coordination nationale a mené un exercice de réforme de la gestion des ressources humaines comprenant, d'une part, un examen de la structure de gestion et de coordination des RH, et d'autre part, un examen des grilles de salaires et d'évaluation des performances applicables aux personnels financés par des fonds de la subvention du Fonds mondial.

Si faire des économies n'était pas l'objectif premier de cet exercice, il a cependant permis d'économiser entre 3 % et 25 % selon les postes et a débouché sur un budget total de 16 millions de dollars pour les ressources humaines. Les postes financés par différentes subventions du Fonds mondial ont été regroupés, notamment les unités de gestion des programmes, le personnel des programmes de lutte contre les maladies au niveau central et les agents de santé travaillant au niveau infranational. Les salaires ont été alignés sur les grilles salariales de la fonction publique, avec des indemnités pour prendre en compte le fait que ces postes de contractuels n'ouvraient pas de droits à pension. La réforme, qui a concerné plus de 1000 postes, a été approuvée par le Fonds mondial en juillet 2018.

Exemple 4 : Des économies réalisées sur les achats de produits médicaux au Zimbabwe

Au Zimbabwe, la lutte contre le VIH bénéficie d'une subvention de 426,4 millions de dollars gérée par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le principal sous-réципиентаire étant le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance.

Au cours de la période de mise en œuvre 2018–2020, une économie de plus de 30 millions de dollars, soit 7 % du budget total, a été réalisée sur les achats de produits médicaux (médicaments) en actualisant les prix de manière proactive suite à la conclusion d'accords à long terme avec des fournisseurs et à une baisse des prix des ARV au niveau mondial.

Les économies ainsi réalisées – correspondant à l'écart entre les prix actualisés et les prix de référence utilisés au moment de la phase d'établissement de la subvention – ont été réaffectées pour combler des déficits de médicaments antirétroviraux, à la prévention et à la mise en place de SRPS, sur la base d'une demande de qualité non financée prioritaire approuvée par l'ICN.

Efficiences

1^{er} exemple d'efficiences au niveau des programmes de lutte contre les maladies : un plan stratégique national de lutte contre le paludisme fondé sur des éléments concrets en Tanzanie

Devant les avancées limitées de la Tanzanie sur la voie d'une élimination du paludisme à l'horizon 2030, le ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS, a procédé en 2017 à un examen à mi-parcours du programme national de lutte contre la maladie afin d'en évaluer l'impact et les performances. Cette évaluation a été suivie en février 2018 par une réunion consultative de spécialistes mondiaux et nationaux de la maladie, qui a permis de définir des approches stratégiques adaptées pour que le programme puisse atteindre ses objectifs, avoir plus d'impact et faire baisser le nombre de cas de paludisme à des niveaux très faibles.

Les responsables du PNLP ont retenu deux questions stratégiques à se poser pour planifier les interventions à l'avenir : 1) Le pays doit-il poursuivre les interventions actuelles dans la perspective d'éliminer le paludisme ? 2) La situation actuelle est-elle propice au déploiement d'interventions appropriées et ambitieuses dans les zones et pour les populations définies ?

En s'appuyant sur le cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 de l'OMS, une modélisation mathématique (OpenMalaria) a été réalisée pour évaluer la capacité de la Tanzanie à atteindre les objectifs de son plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSNLP). De futurs scénarios ont été évalués à partir de cette modélisation, ce qui a confirmé la nécessité, d'une part, d'actualiser le PSNLP en affectant les zones couvertes par les conseils dans cinq catégories différentes selon des critères épidémiologiques, et d'autre part, d'adopter une approche plus ciblée dans le plan stratégique complémentaire de mi-parcours. Ces simulations ont justifié la mise au point d'un ensemble d'interventions et contribué à l'élaboration d'une approche plus ciblée dans le plan stratégique complémentaire de mi-parcours pour lutter contre le paludisme (2018).

2^e exemple d'efficiences au niveau des programmes de lutte contre les maladies : des données factuelles utilisées pour élaborer le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose au Kenya

Pour élaborer son plan stratégique national de lutte contre la tuberculose pour la période 2019–2023, le Kenya s'est servi du Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, afin de favoriser systématiquement une prise en main par le pays, l'utilisation de données et un centrage sur les individus dans la planification des interventions, l'établissement des priorités et les prises de décisions.

De 2014 à 2018, le pays a constitué une base de données en vue d'étayer cette approche sophistiquée, afin de mieux comprendre la ou les situations vécues par les personnes vivant avec la tuberculose ainsi que les obstacles rencontrés par celles-ci pour accéder à des soins de qualité. Cet ensemble de données factuelles – provenant entre autres d'une récente enquête nationale de prévalence et d'établissements de santé répartis dans tout le pays – a permis de mettre en évidence les endroits où les personnes atteintes de la tuberculose pouvaient échapper au système de santé. Pendant l'élaboration du PSN, les acteurs nationaux de la lutte contre la tuberculose ont systématiquement utilisé ces éléments pour repérer des problèmes dans le continuum de prise en charge des patients et ont procédé à une analyse des causes profondes de ces problèmes. Cela a permis de mieux comprendre le parcours des patients et notamment les problèmes d'accessibilité des soins, les causes des cas non diagnostiqués ainsi que les problèmes d'orientation vers une prise en charge et d'observance des traitements. Des stratégies d'intervention ont ensuite été formulées et chiffrées pour remédier à chacun de ces problèmes.

Un modèle mis au point dans le cadre d'une collaboration entre le PNLT et l'Imperial College de Londres a été utilisé pour évaluer le rapport coût/efficacité des différentes interventions et donner la priorité aux interventions à plus fort impact avec différents scénarios de ressources. L'analyse a facilité l'élaboration du cadre de hiérarchisation des investissements pour le nouveau PSN et la création d'une base solide pour l'élaboration des futurs plans opérationnels infranationaux.

3^e exemple d'efficacité au niveau des programmes de lutte contre les maladies : analyse du retour sur investissement pour guider la riposte à la tuberculose en Thaïlande

En 2015, la Thaïlande a été classée par l'OMS comme un pays à forte charge de morbidité à la fois pour la tuberculose pharmacosensible, la tuberculose multirésistante et la coïnfection TB-VIH. La Thaïlande fait partie des États membres de l'OMS qui ont approuvé la stratégie lancée en 2012 par l'organisation pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose en ramenant le nombre de patients tuberculeux à moins de 10 pour 100 000 habitants d'ici 2035.

Dans le but de se faire une idée précise des bénéfices de la stratégie du pays visant à mettre fin à la maladie et de définir des actions prioritaires destinées à maximiser le retour sur investissement, une étude a été menée dans le cadre du Programme d'évaluation des interventions et des technologies (HiTAP) du ministère de la Santé publique, afin d'estimer le rapport coûts-bénéfices d'un plan stratégique sur 5 ans (2017–2021) pour la société en étudiant différents scénarios.

Les conclusions de l'étude ont été les suivantes :

- Les conséquences économiques de la tuberculose coûtent chaque année 2150 millions de dollars à la Thaïlande ; la charge de morbidité et les pertes de productivité dues à la tuberculose vont continuer à s'aggraver si aucun changement n'est apporté à la stratégie de lutte contre la maladie en 2016.
- Le plan stratégique de lutte contre la tuberculose de la Thaïlande (2017–2021) nécessiterait davantage d'investissements, mais il permettra de réduire considérablement la charge de morbidité et les pertes de productivité dues à la tuberculose avec un retour sur investissement de 19,6.

L'étude contient une analyse coûts-avantages solide qui confirme le besoin urgent d'investir davantage dans la lutte contre la maladie et souligne le centrage programmatique de la Thaïlande.

4^e exemple d'efficacité au niveau des programmes de lutte contre les maladies : utilisation du modèle Optima HIV pour étayer les décisions d'investissement du programme national de lutte contre le VIH au Soudan

En 2013, le programme national de lutte contre le VIH du Soudan a vu son financement diminuer de 40 %. L'année suivante, une analyse a été effectuée à l'aide du modèle Optima VIH pour essayer de trouver des moyens pour maximiser l'impact du programme avec des ressources moindres. Il est ressorti de cette analyse qu'il fallait transférer ces ressources limitées des interventions de prévention destinées à la population générale vers des programmes intensifiés de traitement et surtout de prévention s'adressant aux travailleuses du sexe et aux HSH et leurs clients ou leurs partenaires, dans la mesure où ces groupes représentaient près de 80 % des cas de transmission du VIH. Parallèlement, le ministère de la Santé du Soudan a mené des efforts concertés pour intégrer les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ce qui a eu pour effet d'accroître l'efficacité au niveau du système de santé et de réduire les coûts de gestion des programmes.

Sur la base d'une analyse de l'efficacité allocative et grâce aux économies réalisées sur les coûts de gestion, le programme national de lutte contre le VIH a triplé les niveaux de couverture des interventions de prévention destinées aux travailleuses du sexe et aux HSH et doublé la couverture des traitements pendant le cycle de subvention 2015–2017 du Fonds mondial. On estime que ce changement de stratégie devrait permettre d'éviter 11 000 infections et 2000 décès supplémentaires sur la période 2015–2020, par rapport à un scénario dans lequel les ressources auraient continué à être affectées et utilisées comme par le passé.

5^e exemple d'efficience au niveau des programmes de lutte contre les maladies : prestation différenciée des services de lutte contre le VIH en Ouganda et au Malawi

L'Ouganda et le Malawi font partie des pays toujours plus nombreux qui mettent en place une prestation différenciée des services (PDS) de lutte contre le VIH. La prestation différenciée des services est une démarche centrée sur le patient qui consiste à proposer des services adaptés en fonction de la population concernée, des caractéristiques cliniques et du contexte. La PDS repose sur des modèles de prise en charge différenciés, une meilleure utilisation des données pour prendre les décisions et une gestion efficace des établissements et une mise en œuvre centrée sur le patient. Des données indiquent que la mise en place d'une prise en charge différenciée permet des gains d'efficience considérables par rapport aux situations dans lesquelles tous les patients atteints du VIH sont traités de la même manière qu'ils soient stabilisés ou non.

La délivrance des traitements antirétroviraux au niveau communautaire mise en place par l'Organisation ougandaise d'aide aux malades du sida (TASO) a pour résultats une meilleure évolution de la numération des lymphocytes CD4 et des taux de poursuite des traitements plus élevés, ainsi qu'un coût unitaire par patient et par an inférieur de 20 % au coût unitaire observé lorsque les traitements sont dispensés dans des établissements de santé. Au Malawi, on observe des taux de maintien sous traitement plus élevés chez des patients stabilisés membres d'un « groupe communautaire TAR » (GCT) par rapport à des patients également stabilisés qui ne sont pas membres de ces groupes. Les GCT font baisser de 10 % le coût unitaire annuel de la prestation des services et réduisent les contraintes que représente le renouvellement des traitements pour leurs membres avec un nombre de visites réduit de plus de 60 %.

6^e exemple d'efficience au niveau des programmes de lutte contre les maladies : Recours à une démarche d'amélioration de la qualité pour augmenter le nombre des cas de tuberculose détectés en Tanzanie

En 2012, la première enquête nationale sur la prévalence de la tuberculose en Tanzanie, un des pays à forte charge de morbidité dans le monde, a révélé que cette charge de morbidité et le nombre de personnes non diagnostiquées étaient très supérieurs aux estimations précédentes. Une initiative destinée à améliorer la qualité du dispositif de détection des cas a donc été lancée en 2016 dans le but de surmonter les difficultés du système de santé à offrir des services de qualité, en déployant à grande échelle le dépistage universel de la tuberculose à l'initiative du personnel soignant à chaque point d'entrée des établissements de santé et en améliorant le signalement des cas. Les résultats positifs du projet pilote ont fourni les éléments probants qui ont justifié par la suite l'élargissement de l'initiative à l'ensemble du pays.

Après 18 mois de mise en œuvre de l'initiative (de juillet 2016 à décembre 2017), d'autres progrès ont été enregistrés : augmentation de 12,4 % du nombre de cas signalés à l'échelle du pays (69 818 cas en 2017 contre 62 180 en 2015) ; augmentation du nombre de cas soupçonnés par les professionnels de santé ; intégration de la recherche active des cas de tuberculose dans les colloques au niveau du pays, des régions, des districts et des établissements ; augmentation du nombre de cas de tuberculose infantile signalés.

Compte tenu des faibles ressources supplémentaires investies dans cette initiative par rapport aux progrès importants qui en a résulté sur le plan de la santé, l'initiative est un bon exemple d'optimisation des ressources.

1^{er} exemple d'efficacité au niveau du système de santé : diagnostic de l'inefficacité transprogrammatique en vue d'améliorer l'intégration et la gestion financière au Ghana

Les baisses récentes et à venir des financements provenant de partenaires du développement (Gavi, le Fonds mondial, DFID, l'Union européenne, le Danemark, le PEPFAR), due au fait que le Ghana est en passe de devenir un pays à revenu intermédiaire, a suscité des inquiétudes quant à la possibilité pour le pays de continuer à préserver des progrès sanitaires enregistrés récemment. Cette baisse a eu des effets négatifs sur les programmes nationaux de lutte contre les maladies, dans la mesure où les produits médicaux et les activités des programmes sont en grande partie financés par l'aide extérieure.

Dans ce contexte, l'OMS a procédé à une évaluation de l'efficacité transprogrammatique afin de recenser les doublons ou le manque d'harmonisation entre les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les programmes de vaccination et les programmes de santé maternelle et infantile. Entre autres résultats, l'analyse a permis d'identifier le manque de coordination de la gestion financière au sein des structures de gouvernance et la circulation des capitaux comme les principaux obstacles à un usage efficace des fonds. Ce travail d'analyse contribue à l'établissement d'un consensus entre le ministère de la Santé, le Ghana Health Service, le système national d'assurance maladie et les partenaires du développement quant au caractère prioritaire d'un travail détaillé portant sur les systèmes de gestion des finances publiques.

Un appui supplémentaire est apporté pour aider le pays à trouver des solutions qui lui permettraient d'améliorer la mise en œuvre de son système de budgétisation axé sur des programmes afin de tirer parti d'une intégration et d'une coordination des fonctions. L'analyse a également incité à prendre des mesures dans l'ensemble des programmes de lutte contre des maladies prioritaires pour regrouper/intégrer certaines activités dans le cadre du processus de budgétisation et de planification. Enfin, elle a rappelé l'urgence de déployer le système intégré de gestion financière du pays dans le secteur de la santé.

Ce travail d'analyse a permis aux partenaires d'aborder des problèmes rencontrés avec les programmes de lutte contre les maladies, qui ne peuvent être traités que dans le cadre d'un débat sur une réforme globale du financement et du secteur de la santé.

2^e exemple d'efficacité au niveau du système de santé : optimisation des services de laboratoire au Lesotho

En 2018, le PEPFAR et le Fonds mondial ont procédé à une évaluation des laboratoires au Lesotho, ce qui a permis de mettre en évidence des problèmes dans la prestation des services et la chaîne d'approvisionnement susceptibles d'empêcher toute intensification de la riposte au VIH et à la tuberculose dans le pays. Sous la direction du ministère de la Santé, le Fonds mondial, le PEPFAR (USAID, CDC) et des partenaires (programme « Chaîne d'approvisionnement mondiale pour la santé » de l'USAID) ont lancé un plan visant à optimiser le réseau de laboratoires du pays avec un investissement relativement faible. L'optimisation du réseau avait pour objectif d'améliorer l'accès aux services de laboratoire, d'en maximiser l'impact et de rechercher des gains d'efficacité en définissant une combinaison d'instruments optimale, en déterminant la meilleure implantation possible de ces instruments sur le territoire et en créant un dispositif intégré de transfert d'échantillons au sein d'un réseau remanié à l'aide d'outils d'optimisation utilisant un système d'information géographique (SIG). Suite à l'optimisation du réseau de laboratoires, la couverture des mesures de la charge virale est passée de 40 % à 72 %.

Cette optimisation devrait avoir les effets suivants :

- Un meilleur accès aux services de laboratoire ;
- Une meilleure utilisation des plates-formes GeneXpert pour procéder au dépistage intégré de la tuberculose et du VIH ;
- Une amélioration des systèmes de transport des échantillons et une communication plus rapide des résultats nécessaires à la prise de décisions cliniques ;
- Une baisse du coût total du dépistage résultant d'une utilisation accrue des instruments.

Au vu des gains d'impact et d'efficacité importants générés par un projet dont la mise en œuvre a nécessité un investissement limité, on peut considérer que les ressources ont été utilisées de manière optimale.

Équité

Exemple n° 1 : au Botswana, une analyse économique favorise un changement de politique concernant le placement des non-ressortissants sous traitement antirétroviral

Jusqu'à une date récente, les personnes étrangères vivant avec le VIH au Botswana ne pouvaient pas bénéficier d'un traitement antirétroviral gratuit. Les conclusions de l'évaluation de référence des obstacles constituant une atteinte aux droits de l'Homme menée en 2018 ont montré que les étrangers installés au Botswana devaient payer pour obtenir un traitement antirétroviral, contrairement aux nationaux pour lesquels ces traitements étaient gratuits. Cette politique constituait un obstacle majeur entravant à la fois l'accès au traitement pour les non-nationaux et la concrétisation des cibles 90-90-90, avec pour conséquence l'impossibilité de bénéficier d'un traitement pour près de 22 000 PVVIH.

Une analyse par modélisation financée par l'ONUSIDA et le PEPFAR a permis d'avancer des arguments convaincants à la fois économiques et sanitaires. Les conséquences estimées du statu quo étaient les suivantes : 23 000 nouvelles infections, 116 millions de dollars supplémentaires à consacrer aux traitements du VIH et de la tuberculose, et des pertes économiques s'élevant à 30 millions de dollars du fait d'une moindre productivité.

Lors de l'élaboration d'un plan visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme empêchant d'accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, le groupe de travail multipartite, sous la direction de l'Agence nationale du sida et de la promotion de la santé (NAHPA), a pris en compte les résultats de cette analyse, des considérations d'équité et l'obligation de protéger, promouvoir et concrétiser les droits de l'Homme, ce à quoi le Botswana s'est engagé dans le cadre de conventions internationales.

Des dispositions précises ont été intégrées au projet de plan pour éliminer ces obstacles inéquitables et faciliter l'accès aux services.

Ce travail collectif, dirigé par le PEPFAR et l'ONUSIDA, a récemment débouché sur une nouvelle politique autorisant l'accès des non-nationaux aux traitements antirétroviraux gratuits.

Exemple n° 2 : l'utilisation de données pour éclairer des décisions d'investissement favorisant l'équité en Zambie, au Nigéria et au Niger

L'utilisation de données quantitatives ventilées pour guider l'établissement de priorités dans les investissements et les programmes ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes est essentiel pour parvenir à l'équité dans les résultats en matière de santé.

- La Zambie a exploité des données ventilées par âge et par sexe pour parfaire sa demande de financement pour le VIH en concentrant des investissements et l'élaboration de son programme sur des sous-groupes particuliers de la population. Le résultat a été une demande de financement plus ciblée comprenant notamment des interventions pour faire reculer les nouvelles infections chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ainsi que des programmes destinés à améliorer l'observance des traitements antirétroviraux chez les hommes.
- Au Nigéria, des données montrant une différence entre les hommes et les femmes dans les taux de signalement des cas de frottis positifs (7,25 pour les hommes contre 4,63 pour les femmes) ont été utilisées pour axer la demande de financement TB/VIH sur des interventions visant à améliorer l'accès des hommes aux services de dépistage et de diagnostic de la tuberculose.

Des données qualitatives peuvent aider les pays à comprendre les risques et les obstacles empêchant d'accéder aux services, qui entraînent des écarts dans les résultats en matière de santé.

- Une analyse selon le genre a été effectuée au Niger pour montrer que la dépendance économique des femmes vis-à-vis des hommes de la famille limitait leur capacité à se rendre dans des services de lutte contre le paludisme. Des interventions ont été proposées pour remédier à ce problème, notamment des messages destinés aux hommes sur les radios et une augmentation des effectifs de femmes ASC.

Viabilité

Exemple n° 1 : prise en charge des traitements antirétroviraux par le régime d'assurance maladie en République dominicaine

Un aspect primordial de la viabilité consiste à assurer un financement accru par des ressources nationales de services essentiels largement financés par des ressources extérieures. De plus en plus de pays sont en train de mettre en place leurs propres régimes d'assurance maladie afin d'accroître, pour un coût abordable, la couverture d'interventions essentielles répondant à des besoins élémentaires de santé, notamment certains services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Un de ces pays est la République dominicaine, qui travaille à intégrer les traitements antirétroviraux dans les prestations de l'assurance maladie. Dans le cadre de cette initiative, le Fonds mondial s'est coordonné avec des partenaires clés pour défendre le projet et fournir une assistance et des conseils techniques.

Depuis 2015, un budget a été approuvé par le gouvernement pour acheter des médicaments antirétroviraux en quantités suffisantes. Afin d'assurer la pérennité du financement de ces traitements, le gouvernement s'est engagé dans le Plan stratégique national 2015–2018 à les intégrer dans le régime d'assurance maladie familiale (SFS). Cela permettrait de financer aussi longtemps que nécessaire des traitements abordables pour la population affiliée au régime avec les contributions ordinaires versées par les employés, les employeurs et l'État. L'inclusion des traitements antirétroviraux dans le SFS traduit un engagement positif de la République dominicaine à assurer durablement la disponibilité de ces traitements et à améliorer ce faisant les moyens d'existence des personnes vivant avec le VIH.

Exemple n° 2 : une forte baisse des prix des produits médicaux renforce la viabilité du programme national de lutte contre la tuberculose au Kazakhstan

S'assurer de pouvoir acheter à bas prix des produits médicaux de qualité garantie est un bon moyen pour faire des économies et optimiser durablement l'utilisation des ressources. Cela exige souvent des pays qu'ils changent leurs réglementations, leurs procédures et leurs pratiques en matière de passations de marchés. Le Kazakhstan en est un exemple avec son programme de lutte contre la tuberculose.

Les responsables du programme avaient l'habitude d'acheter des cartouches GeneXpert financées par le pays en s'adressant à des fournisseurs nationaux, au prix de 71 USD la cartouche environ en 2017. Avec l'aide de l'instance de coordination nationale, le ministère de la Santé a lancé des discussions afin d'obtenir des prix préférentiels sous certaines conditions. Après avoir étudié plusieurs options, les responsables du programme ont décidé d'acheter leurs cartouches en passant par le Service pharmaceutique mondial (SPM). En 2019, les modifications nécessaires ont été apportées aux procédures d'achat du programme afin de pouvoir s'approvisionner directement auprès du SPM, ce qui a permis de ramener le prix des cartouches à 10,6 USD l'unité environ. Grâce à ce prix très inférieur, l'utilisation de la technologie GeneXpert peut être étendue à l'ensemble du pays dont 100 % des besoins sont couverts avec un financement national.

Exemple n° 3 : mise en place de mécanismes de financement public des services fournis par des organisations de la société civile en Europe orientale et en Asie centrale

La viabilité des services de prévention du VIH – y compris des services d'accompagnement et d'aide à l'observance des traitements pour les populations clés et vulnérables, qui sont souvent fournis par des OSC – est potentiellement compromise dans les pays devant s'affranchir du soutien du Fonds mondial.

En Europe orientale et en Asie centrale, le débat sur le financement public des services de santé actuellement fournis par des OSC – dans une région où la société civile est relativement jeune et où le financement de ces services repose fortement sur des donateurs – a été difficile à bien des égards. Malgré ces difficultés, plusieurs pays de la région tendent vers la mise en place et le financement de mécanismes visant à intégrer des OSC dans la prestation de services de santé (souvent appelés mécanismes de « contractualisation sociale »), en apportant des fonds à ces organisations et en leur confiant la responsabilité de la prestation.

Plusieurs exemples illustrent cette évolution dans la région :

- En Ukraine, des OSC sont financées sur le budget de l'État ou des régions pour fournir des services de prévention et de prise en charge médico-sociale du VIH. Bien qu'ils n'existent que depuis peu, on espère que ces mécanismes permettront aux OSC de recevoir des financements provenant de différentes sources et de diversifier les services proposés, rendant ainsi possibles une moindre dépendance vis-à-vis des financements de donateurs tout en favorisant non seulement une transition réussie, mais aussi la création de mécanismes de financement nationaux pérennes pour d'autres services apparentés.
- En Moldavie, plusieurs projets mis en œuvre par des OSC sont financés par des fonds pour la prévention de la Compagnie nationale d'assurance médicale (CNAM). Parallèlement, le coût du paquet de services (de base et élargi) a été calculé et servira de base de calcul pour les futurs contrats passés avec les OSC.
- En Serbie et au Monténégro, la prestation par des OSC de services de prévention du VIH est financée à la fois par une subvention du Fonds mondial et par des ressources nationales toujours plus importantes, dans le cadre d'un dispositif unique intégrant les processus et les ressources des pays.
- Le Kazakhstan est en train d'appliquer un modèle fondé sur l'embauche par des établissements de santé de travailleurs de proximité chargés de mener des activités de prévention et intégrés au système national.
- Le Kirghizstan est en train de tester un mécanisme mis au point récemment pour financer la prestation par des OSC de services de prévention du VIH sur la base des paquets de services définis et des coûts calculés.

L'ODR sous tous ses aspects

Des ressources toujours mieux utilisées au Myanmar

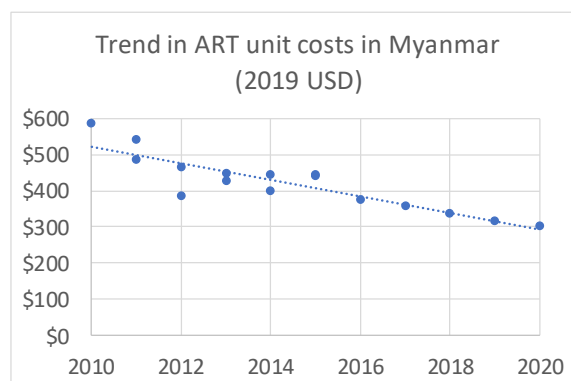
Les programmes nationaux de lutte contre le VIH et les subventions du Fonds mondial au Myanmar illustrent les aspects importants de l'optimisation des ressources. Jusqu'au milieu des années 2000, les difficultés politiques du Myanmar ont limité la possibilité pour le pays d'accéder à des financements internationaux. Avec la création en 2003 d'un fonds pour les trois maladies (3DF), les ressources affectées à la lutte contre le VIH/sida ont commencé à augmenter. En 2009, la couverture des services avait augmenté dans les populations clés par rapport aux années précédentes et la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe, les CDI et les HSH commençait à baisser. Cependant, l'accès aux traitements antirétroviraux demeurait un problème, le pays et ses partenaires ne pouvant fournir un traitement qu'à 21 000 personnes. Cela a marqué le début d'un fort engagement du Myanmar dans la riposte au VIH, avec comme résultat 162 000 personnes sous traitement antirétroviral fin 2018.

Le Myanmar a particulièrement veillé à améliorer l'**efficacité allocative** : le pays a été parmi les premiers à adopter le modèle AEM (AIDS Epidemic Model) et à utiliser la part des populations clés dans l'incidence du VIH pour établir les objectifs de son plan stratégique national (2011–2015). Le Myanmar a été l'un des premiers pays à appliquer la démarche d'optimisation du modèle AEM pour déterminer la répartition des ressources la plus à même de maximiser l'impact des investissements – une information importante pour élaborer le PSN 2016–2020 et préparer la demande de financement présentée au Fonds mondial. Le PSN et les programmes subventionnés par le Fonds mondial se concentrent sur les populations clés et les traitements antirétroviraux selon des priorités géographiques, afin de maximiser l'**efficacité** des programmes. Le programme national actuel favorise l'**équité** en veillant particulièrement à répondre aux besoins des populations clés et à étendre les services de traitement du VIH et de la tuberculose aux secteurs mal desservis. Par exemple, la couverture chez les travailleuses et travailleurs du sexe et les HSH maintenue et a même augmenté depuis 2009. Les niveaux de couverture devraient augmenter au cours du cycle actuel de subventions du Fonds mondial, tandis que la couverture des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone se sont développés de manière constante au cours des dix dernières années.

Parallèlement, des gains d'**efficacité technique** ont été observés. Le pays a mis en place un système de suivi solide afin de pouvoir évaluer les progrès et la couverture des programmes. Alors même que les ressources disponibles pour la riposte au VIH sont en baisse depuis 2016, la couverture élevée des programmes de prévention se maintient voire augmente légèrement, tandis que la couverture des traitements antirétroviraux continue à progresser rapidement. La baisse constante des coûts unitaires des TAR (voir la figure 1) illustre ces gains d'efficacité technique enregistrés au fil des années.

Afin de réaliser des **économies** sur les traitements antirétroviraux (qui vont bientôt représenter plus de la moitié des dépenses totales consacrées à la riposte au VIH), des ARV de qualité garantie sont achetés à des prix compétitifs conformes aux valeurs de référence mondiales. Les antirétroviraux financés par le Fonds mondial sont achetés par l'intermédiaire du mécanisme d'achat groupé et dans le cadre d'appels d'offres gérés par l'UNOPS, qui est corécepteur principal de la subvention. La fermeture récente de la clinique d'Insein gérée par Médecins sans Frontières (MSF) à Rangoun – qui prenait en charge 17 000 personnes au plus fort de son activité – illustre la mise en œuvre rapide de la stratégie actuelle qui vise à transférer les PVVIH sous traitement antirétroviral vers des établissements publics. Ceci constitue un pas essentiel dans la direction d'une **viabilité** des programmes.

Figure 1 : Évolution du coût unitaire des traitements antirétroviraux au Myanmar



Annexe 5 : Informations et références complémentaires

Vous trouverez dans cette annexe des liens vers : des références importantes traitant des cadres d'optimisation des ressources ; des lignes directrices pour élaborer des plans stratégiques nationaux de lutte contre des maladies ou destinés au secteur de la santé en général ; des conseils pour préparer une demande de financement auprès du Fonds mondial ; des ressources et des outils facilitant l'élaboration de PSN et la préparation de demandes de financement présentées au Fonds mondial.

1. Cadres d'optimisation des ressources

- [DFID's Approach to Value for Money](#)
- [Des ressources optimisées pour une meilleure santé – Stratégie et plan d'optimisation des ressources à l'OMS](#)

2. Lignes directrices pour élaborer des PSN

- [Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook](#)
- [Planning Guide for the Health Sector Response to HIV/AIDS](#)
- [Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte](#)
- [Manual for Developing a National Malaria Strategic Plan](#)

3. Stratégie, politiques, notes d'information, notes d'information techniques et directives du Fonds mondial pour élaborer des demandes de financement utilisant les ressources de manière optimale

- [Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017–2022](#)
- [Note d'information sur le VIH](#)
- [Note d'information sur la tuberculose](#)
- [Note d'information sur le paludisme](#)
- [Établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé – Note d'information](#)
- [Pérennité, transition et cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial – Note d'orientation](#)
- [S'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles – Note d'information](#)
- [VIH, droits humains et égalité de genre – Note d'information technique](#)
- [Paludisme, genre et droits de l'Homme – Note d'information](#)
- [Tuberculose, genre et droits de l'Homme – Note d'information technique](#)
- [Renforcement des systèmes de laboratoires – Note d'information technique](#)
- [Santé numérique – Note d'information technique](#)
- [Appui stratégique pour les ressources humaines pour la santé – Note d'information technique](#)
- [Directives pour l'établissement des budgets des subventions](#)
- [Manuel de gestion financière à l'intention des maîtres d'œuvre des subventions](#)

4. sEfficience et sources d'inefficience
 - OMS, chapitre 4 : Plus de Santé pour votre argent, [Rapport sur la santé dans le monde](#), Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, 2010
 - [Tackling Wasteful Spending on Health](#)
 - [Améliorer l'efficience technique des dépenses de santé en Afrique](#)
 - [Approche systémique pour analyser l'efficience au travers des programmes de santé](#)
5. Évaluation des technologies médicales et établissement des priorités
 - [L'ETM et son utilisation pour éclairer les prises de décision en faveur de la CSU](#)
 - [Health Technology Assessment Toolkit](#)
6. Archives de données de chiffrage et scénarios de référence pour des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose
 - [Global Health Costing Consortium](#)
 - Unit Cost Study Repository (UCSR)
 - Reference Case for Estimating the Costs of Global Health Services and Interventions
7. Prix de référence du mécanisme d'achat groupé (MAG) du Fonds mondial (également disponibles [ici](#))
 - [Médicaments antipaludéens](#)
 - [Médicaments antirétroviraux](#)
 - [Tests de dépistage rapide du VIH](#)
 - [HIV Viral Load and Early Infant Diagnosis Selection and Procurement Information Tool](#)
 - [Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée \(MILD\)](#)
 - [Tests de dépistage rapide du paludisme](#)
 - [Médicaments stratégiques utilisés dans les programmes de lutte contre le VIH](#)