

Annexe 1

Méthodologie d'estimation des ressources nécessaires pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme

La majorité des fonds mobilisés dans le cadre de la huitième reconstitution des ressources du Fonds mondial pour la période 2026-2028 serviront aux subventions mises en œuvre de 2027 à 2029. Par conséquent, les besoins en ressources sont définis comme la somme totale qui, pour la période 2027-2029, permettrait à tous les pays du portefeuille du Fonds mondial d'atteindre la couverture des interventions et les niveaux d'impact espérés en 2029 au regard des plans mondiaux relatifs à chacune des trois maladies.

Les besoins en ressources pour la période 2027-2029 sont tirés des plans mondiaux respectifs, qui sont décrits ci-dessous. Les besoins mondiaux en ressources ont été ajustés pour refléter le portefeuille de pays admissibles au soutien du Fonds mondial. Chaque plan mondial spécifique à une maladie prend en compte les coûts des systèmes de santé d'une manière qui lui est propre. Les plans ne sont donc pas directement comparables.

Brève description des plans mondiaux

Dans le cas du **VIH**, l'estimation des ressources nécessaires pour la période 2027-2029 s'appuie sur les dernières cibles et approches de modélisation contenues dans l'analyse *L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins* et dans la *Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida.*^{1,2,3}. Le cadre des cibles 2025 place les personnes vivant avec le VIH et les communautés à risque au centre de la riposte. Selon ce cadre, des services de lutte contre le VIH exhaustifs et fondés sur des données probantes doivent être

¹ Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. ONUSIDA. Genève, 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf.

² *L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins*. ONUSIDA. Genève, 2024. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf.

³ *Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030*. Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB, et coll., PLoS Med 18(10): e1003831. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003831>.

adaptés aux besoins propres à chaque sous-population. Le cadre souligne également que les catalyseurs, qu'ils soient sociétaux, de services ou systémiques, sont essentiels à l'atteinte de niveaux élevés de couverture des services et d'impact. La riposte au VIH s'inscrit dans un cadre multisectoriel de la santé mondiale et de développement durable. La stratégie mondiale de lutte contre le sida prévoit une intensification de la couverture à partir des niveaux de 2020 jusqu'à l'atteinte des cibles en 2025, après quoi la couverture demeurera constante. Pour la plupart des interventions, cela signifie une augmentation linéaire des coûts jusqu'en 2025, suivie d'augmentations de moindre importance après 2025. En ce qui concerne le traitement, l'augmentation du nombre de personnes sous traitement est partiellement compensée par les hypothèses de diminution du coût par personne traitée.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida prévoit une intensification accélérée des outils de prévention et de prise en charge du VIH au cours des premières années de sa mise en œuvre. La stratégie d'accélération de la riposte s'articule autour des axes ci-après : une intensification rapide des traitements antirétroviraux ; un élargissement important de la couverture des interventions de prévention auprès des populations clés ; des activités d'autonomisation en faveur des filles dans les pays enregistrant un taux très élevé de prévalence du VIH ; la circoncision masculine médicale volontaire dans les pays prioritaires ; et la prophylaxie préexposition. La cible mondiale pour 2030 est une réduction de 90 % des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida par rapport aux niveaux de 2010.

L'établissement des coûts de la stratégie mondiale de lutte contre le sida tient compte d'un transfert accru des services des structures aux communautés, dans une optique de renforcement des systèmes communautaires et de l'amélioration de la suppression de la charge virale. Cette mesure entraînera des économies, augmentera l'utilisation des services et rapprochera ceux-ci des personnes qui en ont besoin. L'établissement des coûts suppose par ailleurs une diminution soutenue du coût moyen des traitements attribuable à la réduction constante des prix des médicaments et à l'allègement des calendriers de visite et de dépistage des personnes dont la charge virale reste indétectable.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida prévoit également des coûts pour l'intensification des catalyseurs sociétaux s'attaquant aux obstacles de nature sociale.

Les coûts et les ressources pour le renforcement des processus d'achat et de la chaîne d'approvisionnement en amont des sites d'utilisation, les systèmes de gestion de l'information sanitaire, le développement des capacités des ressources humaines, la gestion et l'administration sont établis sous forme de majoration fixe des coûts directs des interventions, sur la base de leur utilisation dans le plan entièrement chiffré. La stratégie insiste sur la nécessité de lutter contre les inégalités par des investissements dans les systèmes de données et l'analyse tout au long du cycle de planification.

Il est supposé que, pendant la période de reconstitution des ressources, les mesures d'atténuation requises pour contrer la résistance ont été mises en œuvre, de sorte que l'efficacité et les coûts des types d'intervention sélectionnés ne sont pas amoindris. À ce titre, les nouveaux médicaments remplacent progressivement les précédents, afin que soit maintenu un niveau d'efficacité égal ou supérieur au niveau actuel supposé.

Dans le cas de la **tuberculose**, l'estimation des ressources nécessaires pour la période 2027-2029 s'appuie sur le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030⁴ et la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose de 2023⁵. La nouvelle stratégie est basée sur une approche plus exhaustive d'estimation des coûts à partir d'environ 70 services et coûts unitaires articulés dans des algorithmes de modélisation du dépistage et des soins. Les algorithmes sont conçus pour répondre aux besoins des patients, tout en étant conformes aux directives actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La stratégie comprend également de nouveaux éléments de service, comme les dernières méthodes de diagnostic. Parmi ces méthodes, on compte un nouveau test moléculaire rapide sur le lieu de soins, un test non basé sur l'expectoration, un test amélioré de sensibilité aux médicaments, le séquençage de nouvelle génération et le dépistage radiographique ultramobile assisté par intelligence artificielle. Les schémas thérapeutiques pris en compte dans l'établissement des coûts comprennent le traitement de la tuberculose sur quatre mois ou moins, le traitement de la tuberculose résistante aux médicaments sur six mois ou moins et davantage d'options pour les schémas thérapeutiques de prévention de la tuberculose plus courts. Les systèmes de santé et communautaires, la mobilisation du secteur privé, les catalyseurs, l'équité et le rejet social sont également mis en avant dans la prochaine période de la stratégie.

Les ressources permettront notamment une expansion des traitements préventifs des sujets contacts – enfants et adultes – et des patients séropositifs au VIH et d'autres populations à haut risque d'infection tuberculeuse ; la mise en œuvre des nouvelles directives en matière de prise en charge et des nouveaux schémas thérapeutiques ; et le déploiement de nouveaux outils de diagnostic modernes tels que les appareils de radiographie et GeneXpert. Le plan couvre en outre les coûts de laboratoire, l'achat et la distribution des produits, l'utilisation des services de santé et les coûts de gestion de programme. Il couvre également les coûts liés aux activités à effet catalyseur, telles que le plaidoyer et la communication, le soutien direct aux patients, les technologies mobiles, les activités mixtes public-privé et la participation des communautés. Dans la

⁴ Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030. Partenariat Halte à la tuberculose. Genève, 2022. https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/document/the_global_plan_to_end_tb_2023-2030_fr.pdf.

⁵ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre la tuberculose. Assemblée générale des Nations Unies. 2023. <https://digitallibrary.un.org/record/4022582?ln=fr&v=pdf>.

mesure du possible, le modèle d'établissement des coûts des interventions liées à la tuberculose tient explicitement compte des investissements requis dans les systèmes de santé pour la fourniture des services de prise en charge de la tuberculose inclus dans les plans mondiaux. Il utilise pour ce faire la base de données de l'OMS sur le financement.

Les coûts pour cette période englobent les nouveaux outils et schémas thérapeutiques. Il est entendu qu'il faudra de nouveaux outils actuellement indisponibles, notamment des services améliorés de dépistage sur le lieu de soins et des vaccins efficaces contre la maladie, pour atteindre les jalons 2030 et 2035 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

Les besoins en ressources prévisionnels sont nettement supérieurs aux estimations précédentes du plan mondial de lutte contre la tuberculose. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer, notamment : l'utilisation croissante du dépistage dans les programmes créés par les fournisseurs ; des traitements relativement plus coûteux de la tuberculose pharmacorésistante ; une intensification des traitements préventifs ; des activités à effet catalyseur et des diagnostics modernisés favorisant un impact plus marqué ; et le fait qu'une proportion importante de l'intensification prévue a lieu durant la période 2024-2026, après quoi il est présumé que plusieurs programmes de dépistage systématique auront été pleinement mis en œuvre. La réduction potentielle des coûts liée à la diminution de la charge de morbidité de la tuberculose est partiellement annulée par une augmentation des coûts, attribuable à la baisse de la prévalence globale et à la baisse concomitante du rapport coût-efficacité⁶. Par conséquent, les ressources nécessaires à l'atteinte des cibles de couverture des différents programmes de dépistage demeurent substantielles après 2027.

En ce qui concerne l'estimation des ressources nécessaires au déploiement du vaccin contre la tuberculose⁷ pour la période 2027-2029, il est supposé, à la lumière des discussions avec les partenaires techniques, qu'un nouveau vaccin sera déployé en 2029, avec un volume de 2 milliards de dollars US.

La modélisation tient compte de la propagation de la tuberculose pharmacorésistante, toutes formes confondues, et de l'évolution des coûts et de l'efficacité des traitements dans les prochaines années. Il est posé comme hypothèse que le taux de réussite du traitement atteindra 90 % après le déploiement d'une palette élargie de traitements pour les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante, de nouveaux

⁶ L'élargissement présumé des critères d'admissibilité pour l'évaluation clinique (p. ex. le dépistage des patients qui ne présentent pas de symptômes évidents de la tuberculose) entraîne également une diminution de la prévalence parmi la population qui a accès aux soins.

⁷ L'analyse repose sur les hypothèses du Partenariat Halte à la tuberculose concernant les coûts unitaires des vaccins et la couverture vaccinale d'ici 2035.

médicaments (dont la bédaquiline) et de meilleurs soutiens aux patients et aux personnes hospitalisées.

Dans le cas du **paludisme**, l'estimation des ressources nécessaires pour la période 2027-2029 s'appuie sur la Stratégie technique mondiale 2016-2030, mise à jour de 2021⁸. Selon la mise à jour de cette stratégie, pour qu'une couverture de plus de 80 % des interventions actuellement disponibles soit atteinte, les investissements dans la lutte contre le paludisme, y compris les contributions internationales et nationales, doivent augmenter considérablement par rapport aux dépenses annuelles actuelles, qui se chiffrent à 3 milliards de dollars US. L'investissement annuel devra atteindre un total estimé à 9,3 milliards de dollars US d'ici 2025 et à 10,3 milliards de dollars US d'ici 2030. Le coût de mise en œuvre a été estimé à partir des quantités de biens nécessaires à l'expansion des interventions multipliées par le coût unitaire estimatif de prestation de chaque intervention, ainsi que d'une analyse des données de surveillance et de financement contenues dans les plans stratégiques nationaux. Il est important de noter que les estimations des coûts pour la lutte contre le paludisme ne comprennent pas les coûts essentiels du système de santé pour la gestion des cas dans le secteur public.

Les principales augmentations des besoins en ressources pour la lutte contre le paludisme au cours de la période 2027-2029 sont attribuables à l'intensification de la distribution de moustiquaires. En plus d'intensifier la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée durant cette période, on passera à l'utilisation de moustiquaires de nouvelle génération plus coûteuses (pyréthrinaïde-PBO ou pyréthrinaïde-chlorfénapyr) pour combattre la résistance aux insecticides pyréthrinaïdes. En raison de l'augmentation de la couverture d'autres interventions (chimioprévention du paludisme saisonnier, chimioprévention du paludisme pérenne, vaccin antipaludique, pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent), relativement peu de ressources supplémentaires seront requises durant cette période. Les coûts associés à l'augmentation de la couverture du diagnostic et du traitement sont largement compensés par la réduction de la charge de morbidité. Les coûts comprennent une intensification des interventions suivantes : distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée ou pulvérisations intradomiciliaires dans le cadre de la lutte antivectorielle ; chimioprévention chez les enfants ; dépistage du paludisme chez les cas fiévreux ; prise en charge et surveillance des cas de paludisme. Les autres éléments ont été ajoutés en coûts fixes (selon la méthodologie de la Stratégie technique mondiale) : gestion de programme,

⁸ Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, mise à jour de 2021. OMS. Genève, 2021.
<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031357>.

surveillance (dont les études épidémiologiques et entomologiques habituelles, les enquêtes sur les indicateurs du paludisme et la surveillance améliorée dans les pays à faible transmission) et tests de dépistage rapide des cas de fièvre non paludique. La mise à jour de 2021 insiste sur l'utilisation de données permettant de stratifier les interventions de lutte contre le paludisme et de les adapter au contexte local pour améliorer leur efficacité, leur équité et leur impact, et sur le fait qu'un système de santé résilient est à la base du succès global de la lutte contre le paludisme. Le coût prévu de l'introduction du vaccin antipaludique est aligné sur les projections fournies par Gavi, l'Alliance du Vaccin et financé par le biais de l'Opportunité d'investissement 2026-2030 de Gavi⁹.

⁹ Opportunité d'investissement 2026-2030. Gavi, l'Alliance du Vaccin. 2025.
https://www.gavi.org/sites/default/files/investing/funding/resource-mobilisation/Gavi-Investment-Opportunity-2026-2030_FR.pdf.