



Independent observer
of the Global Fund

Les pays ont besoin de meilleures données pour prévoir avec exactitude les déficits de financement des subventions du Fonds mondial

Dans leurs demandes de subventions au Fonds mondial, les pays doivent indiquer les ressources nécessaires pour pouvoir atteindre les cibles des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les financements nationaux et des donateurs qu'ils espèrent recevoir, y compris la somme que le Fonds mondial leur allouera pour la durée de la subvention. En soustrayant les financements nationaux et externes totaux attendus des ressources dont ils ont besoin, on obtient le déficit de financement pour chaque composante de maladie.

Au moyen de l'exemple du VIH, nous décrivons comment les pays calculent les ressources dont ils ont besoin pour la lutte contre les maladies, et les difficultés connexes auxquelles ils sont confrontés du fait du manque de données nationales et sur les programmes ou de la mauvaise qualité de ces données.

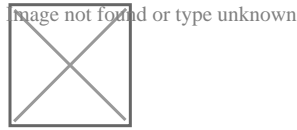
Grandes variations entre les déficits de financement des pays d'Afrique à fort impact

Dans un récent [article](#) de la version anglaise de l'OFM axé sur les pays d'Afrique à fort impact, nous présentons la répartition des financements entre les sources nationales et externes pour les trois maladies dans les subventions 2015/2017, ainsi que les déficits de financement associés. (Les pays [à fort impact d'Afrique et d'Asie](#) sont un groupe de 23 pays prioritaires qui représentent ensemble environ 70 pour cent de la charge de morbidité du VIH, de la tuberculose et du paludisme à l'échelle mondiale, et qui reçoivent deux tiers des investissements du Fonds mondial.)

Pour le VIH, les financements nationaux représentaient durant la période d'allocation 2015/2017 3 pour cent des dépenses totales au Mozambique, contre 48 pour cent au Kenya. Cette grande différence

engendre des différences tout aussi importantes entre les déficits de financement des différents pays en matière de VIH, le déficit de financement du Mozambique s'élevant à 4 pour cent tandis que celui de la Côte d'Ivoire atteint 49 pour cent (Figure 1).

Figure 1 : Ressources anticipées, montant et pourcentage du déficit pour certains pays africains à fort impact



Source : Département d'analyse des politiques d'Aidspan

Calcul des besoins en ressources

Nous prenons la composante VIH comme exemple afin d'illustrer comment les besoins en ressources ont été calculés. Premièrement, le pays adopte une cible de santé, généralement fixée dans un plan stratégique national. Deuxièmement, une équipe d'experts rassemble des données démographiques et sur l'épidémie de VIH (par ex. l'incidence et la prévalence par tranche d'âge) et le coût de la prévention et des soins.

Grâce à une modélisation mathématique, l'équipe prévoit la population future par tranche d'âge et sexe, l'incidence future du VIH et le nombre de personnes vivant avec la maladie. Ensuite, elle utilise les prévisions démographiques et épidémiques, assorties d'hypothèses sur les tendances futures des coûts des produits de santé, pour projeter les ressources nécessaires.

La cible de santé est souvent basée sur la recommandation concernée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou, pour le VIH, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Ainsi, l'[ONUSIDA a recommandé](#) en 2014 que tous les pays adoptent sa cible 90-90-90 d'ici 2020. Cette cible signifie que 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90 pour cent des personnes séropositives sont sous traitement antirétroviral et que 90 pour cent des personnes sous traitement antirétroviral ont une charge virale supprimée. Certains pays adaptent ces cibles en fonction du contexte national : le Kenya, par exemple, a adopté la cible 90-90-90 mais a décidé d'en fixer l'échéance à 2019 au lieu de 2020.

La dernière recommandation de l'OMS en matière de soins et de traitement des personnes vivant avec le VIH consiste à « [dépister et traiter](#) », c'est-à-dire que toutes les personnes dont le test de dépistage du VIH est positif commencent leur traitement dès que possible après le diagnostic, quelle que soit leur numération de CD4. (En 2013, [l'OMS a recommandé](#) que les adultes vivant avec le VIH soient placés sous traitement lorsque leur numération de CD4 tombe en dessous de 500 cellules/mm³ – niveau auquel leur système immunitaire est encore robuste.) Certains pays, parmi lesquels le Togo, continuent de suivre cette recommandation, qui était déjà une amélioration par rapport à une recommandation antérieure (2010) fixant un seuil de CD4 de moins de 350.

Pour qu'un pays puisse atteindre la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA (ou toute autre cible choisie par lui), il est important de commencer par des estimations démographiques (par exemple le nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes par sexe et par tranche d'âge) afin de déterminer le nombre d'enfants, de femmes en âge de procréer et d'hommes susceptibles d'avoir besoin de services de prévention et de traitement du VIH.

La deuxième étape consiste à prévoir l'impact du VIH en termes de niveaux (nombre de personnes vivant avec le VIH), d'incidence du virus (pourcentage de nouvelles infections par an) et de prévalence du VIH,

en ventilant si possible les prévisions par tranche d'âge et par sexe. La troisième étape consiste à utiliser les données démographiques et liées au VIH historiques, actuelles et prévues, ainsi que les données relatives aux coûts (par ex. concernant le coût des kits de dépistage du VIH, des antirétroviraux, les coûts de laboratoire, les coûts des professionnels de la santé, de la mobilisation communautaire et d'autres composantes des prestations de services) comme variables d'entrée (indicateurs prévisionnels) dans un modèle mathématique afin de calculer les besoins en termes de ressources.

L'ONUSIDA et divers pays utilisent un logiciel appelé [Spectrum](#) pour leurs projections.

Exemple de calcul des ressources nécessaires – Kenya

Lorsque le ministère de la Santé kenyan a adopté la cible 90-90-90, les partenaires de développement ont publié une [note d'orientation politique](#) estimant les ressources nécessaires.

La note d'orientation politique basait la prévision du nombre de Kenyans vivant avec le VIH en 2019 sur des données de 2013. Elle prévoyait ensuite que 1,4 million de patients auraient besoin d'un traitement antirétroviral d'ici juin 2019, contre 870 000 patients en 2016, lors de la première prévision. Ce nombre plus élevé de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral se traduisait par une augmentation des besoins en termes de produits de santé, de personnel, d'espace et d'autres facteurs, mais la note d'orientation politique se concentrait sur les produits de santé, le principal facteur de coût des programmes de traitement du VIH.

La note d'orientation politique utilisait les données de consommation pour prévoir les besoins en antirétroviraux, et les données de morbidité pour prévoir les besoins en produits de laboratoire. En termes de quantification, les données de consommation sont meilleures que les données de morbidité, qui sont utilisées lorsque les données sur la consommation ne sont pas disponibles. Pour les tests de charge virale, la note d'orientation politique utilisait des estimations relatives à la population et aux cibles en l'absence de données programmatiques plus fiables. Les données de coûts provenaient des dossiers d'achats, du Fonds mondial et du PEPFAR (le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida). Ensuite, la note d'orientation politique estimait les ressources nécessaires, le financement disponible et le déficit associé.

Des données fiables sur les cibles démographiques et les coûts unitaires sont nécessaires mais pas toujours disponibles

Comme le montre l'exemple kenyan, un large éventail de données fiables est nécessaire pour prévoir les ressources futures nécessaires. Ces données proviennent de plusieurs sources. Les données sur la population et les comportements (par ex. la répartition de la population par sexe, tranche d'âge et lieu) proviennent des recensements nationaux ou d'enquêtes représentatives comme les enquêtes démographiques et sanitaires (par ex. le nombre d'enfants souhaité par les femmes, le comportement par rapport au VIH). Les données sur la morbidité et les bénéficiaires (par ex. le sexe, l'âge et le lieu géographique des personnes bénéficiant des services de santé) proviennent du système d'information sur la gestion de la santé ou son équivalent. D'autres données sur l'utilisation des services proviennent du programme (par ex. le nombre de personnes traitées contre le VIH, le nombre d'antirétroviraux consommés, la quantité de réactifs de laboratoire consommés). Les coûts unitaires du traitement anti-VIH (antirétroviraux, laboratoires, personnel) proviennent des registres d'achats.

Les programmes du Fonds mondial génèrent une partie des données nécessaires au moyen des informations de suivi et d'évaluation des maîtres d'œuvre eux-mêmes. La qualité de ces données est sujette à discussion. Le Secrétariat, dans le [rapport annuel 2017](#) du Fonds mondial, affirme que des données de qualité existent, en particulier dans les pays à fort impact. En revanche, la même année, le Bureau de l'Inspecteur général déplorait l'« absence de données précises et fiables » dans un [rapport](#) sur la chaîne d'approvisionnement de quinze pays, dont treize étaient des pays à fort impact d'Afrique et d'Asie. Le Bureau de l'Inspecteur général soulignait l'inadéquation des données utilisées pour la quantification et les prévisions en matière de produits de santé. Par exemple, dans 10 des 15 pays examinés, les données sur la consommation de produits de santé ne pouvaient pas être reliées au nombre de patients traités. Tous les pays audités (sauf un) utilisent principalement les données sur la morbidité pour la quantification et les prévisions, car il n'y a pas d'autres données fiables disponibles.

Ces avis divergents illustrent un problème de qualité. Par exemple, le rapport du Bureau de l'Inspecteur général affirmait que dans plusieurs pays, les registres de patients ne sont pas utilisés dans certains établissements. En outre, il est possible que ces données soient principalement collectées à des fins de communication de l'information et ne soient pas exigées par les gestionnaires de programme afin d'améliorer les prestations de services. Une [étude](#) a constaté des résultats similaires plus tôt cette année.

D'autres [études](#) ont également mis en lumière l'absence de données disponibles en Afrique subsaharienne, où le Fonds mondial investit environ 65 pour cent de ses fonds.

Pour pallier l'absence de données fiables au niveau national, la modélisation utilise des données publiées par d'autres sur des pays similaires ou des estimations régionales.

L'utilisation de données erronées pour les projections entraîne une allocation inefficace des ressources

L'utilisation de données erronées pour estimer les besoins futurs en termes de ressources a un impact négatif en cascade le long de la chaîne de prestation de services. Elle mène à une allocation inefficace des ressources et à des prestations de services de qualité insuffisante.

Par exemple, si le nombre de personnes vivant avec le VIH est surestimé, leurs besoins le seront également, ce qui entraînera notamment des expirations et du gaspillage au niveau des antirétroviraux. D'autre part, si le nombre de personnes vivant avec le VIH est sous-estimé, leurs besoins ne seront pas satisfaits (ruptures de stock de produits de santé) et les personnes qui ont besoin de soins et de services en souffriront.

Le Fonds mondial devrait investir stratégiquement dans les systèmes de santé et les données

Les données requises pour obtenir des projections fiables renforcent la nécessité pour le Fonds mondial d'investir et de catalyser les ressources nationales et des autres partenaires en vue d'améliorer la qualité et la disponibilité des données dans les pays où il investit. En effet, dans son plan stratégique actuel, le Fonds mondial vise à renforcer les systèmes de santé, et en particulier à « renforcer les systèmes de données pour la santé et les capacités des pays en matière d'analyse et d'utilisation des données ». Le Fonds mondial a besoin du soutien des partenaires et de l'appropriation par les pays maîtres d'œuvre pour atteindre cet objectif.

Djesika Amendah est l'analyste politique principale d'Aidspan.

[Read More](#)
