



UNAIDS/PCB(13)/02.5
28 novembre 2002

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

Treizième réunion
Lisbonne, 11-12 décembre 2002

Point 5.1 de l'ordre du jour provisoire :

Ressources financières nécessaires aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à revenu faible ou moyen au cours des cinq prochaines années

Résumé de synthèse

Ce rapport a été préparé suite à une recommandation de la dernière réunion du Conseil de Coordination du Programme (CCP) sur la recherche des ressources. Il fournit en particulier les données les plus récentes concernant les ressources financières nécessaires à une riposte crédible à l'épidémie ainsi que les progrès réalisés à l'échelle mondiale en vue d'atteindre le niveau nécessaire de soutien.

Le rapport donne également un condensé des informations disponibles sur les points suivants : les interventions clés indispensables pour atteindre les objectifs d'ensemble énoncés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA ainsi que les coûts y relatifs ; les meilleures estimations concernant la portée actuelle de ces interventions ; les hypothèses de travail existant au sujet de la capacité programmatique nécessaire pour élargir la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays ; ainsi que les meilleures estimations disponibles actuellement – dont certaines sont encore en attente d'importantes mises à jour – sur les ressources financières pouvant actuellement être consacrées à la riposte. Le rapport décrit également de façon détaillée les domaines où un consensus devra être développé afin de mettre en œuvre un partage efficace des coûts de la riposte mondiale ; enfin, il propose et décrit brièvement une campagne stratégique de mobilisation groupée de tous les participants à la riposte, laquelle bénéficiera du soutien du Secrétariat.

MESURES A PRENDRE AU COURS DE CETTE REUNION

Le CCP est prié d'examiner le présent rapport au cours des délibérations concernant l'évaluation sur cinq ans – en particulier en ce qui concerne la mesure 36 (Action 36), proposée dans le Rapport du Directeur exécutif, document UNAIDS/PCB(13)/02.3.

Table des matières

Section I.	Introduction	5
Section II.	Ressources nécessaires pour les interventions clés en matière de prévention, de soutien et de soins	5
A.	Base d'estimation des besoins en ressources	5
Section III.	Estimation du besoin en services, de la couverture actuelle des interventions et de la capacité des programmes	7
A.	Estimation du nombre de personnes nécessitant des services	7
B.	Estimation de la couverture actuelle et de la capacité d'action des programmes	7
C.	Estimation du potentiel d'action des programmes	9
D.	Estimation du coût des interventions clés	11
E.	Financement de l'accroissement de la capacité des programmes en ce qui concerne les interventions clés	12
Section IV.	Estimation des ressources nécessaires pour le financement des besoins actuels et futurs (cinq ans) en interventions clés.....	13
A.	Financement total requis pour l'ensemble des interventions clés	13
B.	Financement requis par régions	14
C.	Financements requis pour les interventions clés en matière de prévention.....	15
D.	Financements requis pour la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables.....	16
E.	Financements requis pour les interventions de soins et traitements.....	17
Section V.	Estimation des ressources financières disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA.....	18
A.	Tendances historiques	19
B.	Répartition géographique	20
C.	Analyse des dépenses courantes	20
D.	Efforts nationaux	21
E.	Circuits bilatéraux	21
F.	Organismes des Nations Unies	22
G.	Fondations internationales	23
H.	Secteur privé et ONG internationales	23
I.	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) ..	24
J.	Disponibilité des ressources au regard de la capacité des programmes	24

Section VI.	Financement de la riposte mondiale à l'épidémie	25
A.	Approfondir la réflexion sur le coût total de la riposte mondiale	26
B.	Partage des coûts des bien publics mondiaux.....	26
C.	Responsabilités nationales et internationales en ce qui concerne le financement de la riposte.....	27
D.	Les circuits de financement	28
E.	Elaboration d'une stratégie multi-participants de mobilisation de financements et de ressources	29
Annexe 1.	Sommaire des figures et des tableaux	31

Section I. Introduction

Ce rapport a été préparé suite à une recommandation de la dernière réunion du Conseil de Coordination du Programme (CCP), dans laquelle le CCP a conclu que l'ONUSIDA doit renforcer son rôle en plaidant pour la mobilisation de ressources financières suffisantes et durables pour élargir la riposte et en repérant les flux mondiaux de ressources. Il se fonde en particulier sur les données les plus récentes concernant les ressources financières nécessaires à une riposte crédible à l'épidémie ainsi que sur les progrès réalisés à l'échelle mondiale en vue d'atteindre le niveau nécessaire de soutien, toutes informations qui ont été fournies par le Groupe de travail du Groupe de référence économique de l'ONUSIDA. Il comprend un condensé des informations disponibles sur les points suivants :

- les interventions clés indispensables pour atteindre les objectifs d'ensemble énoncés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée par 189 pays lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) en juin 2001, ainsi que les coûts y relatifs ;
- les meilleures estimations concernant la portée actuelle de ces interventions ;
- les hypothèses de travail existant au sujet de la capacité programmatique nécessaire pour élargir la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays ;
- les meilleures estimations concernant les ressources financières pouvant actuellement être mises à la disposition de la riposte ;
- des recommandations à l'intention du CCP sur les moyens de réduire le fossé entre ce qui est disponible aujourd'hui et ce sur quoi il faudra pouvoir compter pour remplir les objectifs de l'UNGASS.

Section II. Ressources nécessaires pour les interventions clés en matière de prévention, de soutien et de soins.

A. Base d'estimation des besoins en ressources

Afin d'estimer les besoins globaux en ressources financières, on se fonde sur 25 catégories d'interventions clés, à savoir 17 catégories de services préventifs, 5 catégories de services de soins et 3 types de prise en charge des orphelins. Des travaux antérieurs ont démontré que la mise en œuvre d'un programme complet faisant appel à 12 des 17 catégories de soins préventifs dans tous les pays à revenus faibles et moyens permettrait d'éviter plus de 60% des nouvelles infections à VIH potentielles dans la période allant de ce jour à 2010¹. Ces 12 interventions sont généralement considérées comme une partie essentielle d'une riposte élargie et sont appliquées par la plupart des programmes nationaux.

Parmi les cinq catégories « supplémentaires » de la liste actuelle, deux proviennent d'une réorganisation de celles qui existaient dans l'analyse originale préparée préalablement par l'UNGASS, et les trois autres sont nouvelles. Ainsi, les interventions destinées aux jeunes ont été scindées en deux catégories, soit l'éducation en milieu scolaire et les interventions en faveur des jeunes non scolarisés. En outre, la catégorie « politiques, plaidoyer, administration et recherche », qui ne figurait pas en tant qu'élément séparé dans le coût total de la prévention, a été ventilée.

¹ Stover J et al. (2002) Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, Vol. 360, 6 juillet pp. 73-77.

Les trois services préalablement non compris dans les prévisions budgétaires sont les suivants : injections sans risques au sein des services de santé et campagnes de vaccination ; prophylaxie post-exposition pour les agents de santé ; et précautions universelles au sein des services de santé. Bien que ces trois dernières catégories revêtent généralement moins d'importance que les efforts réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues injectables, leur absence porte atteinte à la dispense des soins de santé et a entraîné d'importantes flambées d'infections dans certains milieux. L'existence de doutes au sujet de la sécurité des injections peut saper la confiance des patients et entraîner une diminution de la demande de services de vaccinations. Dans les pays à revenus élevés, tant les précautions universelles que les injections sans risques figurent parmi les priorités de base des concepteurs de programmes de prévention. Si ces éléments sont absents dans des milieux où les ressources sont plus rares et le fardeau des maladies élevé, il sera difficile de recruter ou de retenir les professionnels de la santé, car ces personnels sont vite dépassés par le grand nombre de patients VIH-positifs et la qualité insuffisante des instruments thérapeutiques et voient leurs rangs décimés de façon continue par l'infection à VIH.

La liste des interventions clés est loin d'être exhaustive. Certaines mesures programmatiques essentielles n'ont pas été prises en compte dans les présentes prévisions budgétaires. Ce sont notamment la mise au point de moyens préventifs tels que les microbicides et les vaccins, lesquels ne pourront vraisemblablement pas être utilisés sur une grande échelle avant 2007. Les coûts relatifs à la prophylaxie post-exposition après des événements tels que la déchirure d'un préservatif ou un viol ne sont pas non plus compris dans les prévisions. De plus amples recherches seront nécessaires pour déterminer la fréquence de ces situations dans différents contextes ainsi que l'efficacité de la prophylaxie post-exposition. Certains des coûts résultant de la création d'environnements favorables à la prévention figurent dans la catégorie des politiques et du plaidoyer, mais certains autres aspects ont dû être omis en raison de contraintes méthodologiques.

Interventions de prévention

1. Campagnes d'information du grand public
2. Conseil et test volontaires (CTV)
3. Marketing social du préservatif
4. Education SIDA dans les écoles
5. Education par les pairs en faveur des jeunes non scolarisés
6. Programmes de proximité en faveur des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients
7. Programmes de proximité en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
8. Programmes de réduction des risques à l'intention des utilisateurs de drogues injectables
9. Sécurité transfusionnelle
10. Promotion et distribution du préservatif auprès du grand public
11. Traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
12. Programmes de prévention sur les lieux de travail
13. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
14. Prophylaxie post-exposition
15. Injections sans risques
16. Précautions universelles
17. Politiques, plaidoyer, administration et recherche

Services de soins

1. Soins palliatifs
2. Diagnostic de l'infection à VIH (test VIH)
3. Traitement des infections opportunistes
4. Prophylaxie des infections opportunistes
5. Traitement antirétroviral (ARV), y compris services de laboratoire à des fins d'évaluation du traitement

Prise en charge des orphelins

1. Soutien communautaire des soins aux orphelins
2. Orphelinats
3. Aide financière pour les frais de scolarité des orphelins

Section III. Estimation des besoins en services, de la couverture actuelle des interventions et de la capacité des programmes

A. Estimation du nombre de personnes nécessitant des services

On a déterminé le nombre de personnes nécessitant chacun des services de prévention à partir de la dimension d'un groupe de population donné (par exemple, femmes enceintes, jeunes, professionnel(le)s du sexe) et de ses comportements (par exemple, nombre de rapports sexuels). Ainsi, le besoin en services de prévention de la transmission mère-enfant a été déterminé en fonction du nombre de femmes enceintes se rendant en consultation prénatale. Le besoin en préservatifs en vue de protéger les professionnel(le)s du sexe et leurs clients a été déterminé en fonction du nombre de professionnel(le)s du sexe et du nombre annuel moyen de leurs rapports sexuels. Le besoin en conseil et test volontaires a été extrapolé à partir du taux actuel de prévalence chez les adultes et du nombre d'années écoulées entre les tests.

Le nombre de nouvelles personnes nécessitant des soins dans une année donnée a été défini par rapport au nombre de personnes VIH-positives chez qui des symptômes sont apparus au cours de cette même année. On suppose également, à des fins d'estimation, que la durée de vie à partir de l'apparition des symptômes et en l'absence de traitement antirétroviral hautement actif serait en principe de deux ans.

B. Estimation de la couverture actuelle et de la capacité d'action des programmes

Des estimations concernant la couverture actuelle existent pour 2001 pour quelques services de prévention et de soins. Les niveaux de couverture offerts par chacun des services en 2001 ont été établis à partir des données disponibles en provenance d'enquêtes menées par l'ONU² ou en définissant des niveaux pour les pays qui ne disposent pas de données de couverture. Le nombre de personnes recevant effectivement le service a été estimé en multipliant le nombre de

² OMS (2002) Coverage of selected health services for HIV/AIDS prevention and care in less developed countries in 2001. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

personnes à desservir par le niveau de couverture de ce service. Pour tous les pays à revenu faible ou moyen, la couverture pour 2001, illustrée par la figure 1, est estimée comme suit :

Tableau 1. Estimation de la couverture disponible en 2001 pour un échantillon sélectionné de services de santé dans les pays à revenu faible ou moyen

Intervention	Niveau de couverture ³
Conseil et test volontaires	12%
Prévention de la transmission mère-enfant	5%
Traitement antirétroviral	4%
Prophylaxie des infections opportunistes <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazole (infections) • Isoniazide (tuberculose) 	10% 1%
Sécurité transfusionnelle	96%
Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), tuberculose	28%
Préservatifs	42%
Education SIDA	24%
Réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables	19%

Pour les autres services, les niveaux actuels de couverture ont été estimés à 20% des valeurs cibles à 2005.

La **couverture** actuelle est une estimation du pourcentage de personnes nécessitant un service et qui le reçoivent effectivement. La **capacité programmatique** actuelle est une estimation du pourcentage de personnes nécessitant un service qui pourraient le recevoir s'il existait assez de ressources financières pour faire usage du potentiel maximum de l'infrastructure existante. Ainsi, on a estimé que quelque 5% des femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou moyen avaient utilisé les services de prévention de la transmission mère-enfant en 2001 bien que quelque 65% de ces femmes se soient présentées aux consultations prénatales. On peut en déduire qu'en ajoutant des services de prévention de la transmission mère-enfant à tous les dispensaires de consultation prénatale on pourrait accroître la couverture de 65%. Pour aller au-delà de 65%, il faudrait élargir **la capacité de l'infrastructure** et accélérer la modification des comportements afin de mettre les services prénatals à la disposition de la totalité des femmes enceintes et de s'assurer que toutes y auraient recours. De même, quelque 4% des personnes qui en avaient besoin ont suivi un traitement antirétroviral en 2001, alors que 13% avaient accès à des services de soins assez développés pour fournir ces traitements. Pour accroître la couverture en traitements antirétroviraux, il faudra fournir ces traitements par le biais des services existants, mais également accroître les possibilités offertes par les services, former les agents de santé et mettre à disposition le matériel nécessaire au dépistage et au suivi des patients.

C. Estimation du potentiel d'action des programmes

Les capacités futures des programmes (notamment la « capacité d'absorption ») en matière d'interventions de prévention, de soins et de soutien ont été estimées comme on le décrit ci-après.

³ Représente le pourcentage de la population nécessitant ce service et qui le reçoit. Par exemple, les 12% de couverture en conseil et test volontaires indiquent que 12% des personnes souhaitant recevoir ce service en ont effectivement bénéficié en 2001, mais ne signifient pas que 12% de la population totale aurait reçu le conseil et le test.

Les estimations présentées sont prudentes et se réfèrent à l'accroissement du potentiel d'action des programmes. Elles sont généralement fondées sur la capacité des infrastructures existantes et sur l'augmentation progressive des apports en personnel qualifié et sont considérées en tant qu'« objectifs de couverture ».

Les estimations de la **capacité des programmes en matière de prévention** ont été obtenues en relevant le niveau actuel pour le porter à la hauteur des objectifs prévus pour 2005, puis en maintenant ce même niveau jusqu'en 2007. Les objectifs de couverture préventive ne reflètent que ce qui est possible et nécessaire. Ainsi, il n'est pas indispensable qu'absolument tout rapport sexuel soit protégé par un préservatif. Mais l'on ne saurait freiner l'épidémie sans protéger un pourcentage substantiel (60% ou plus) des rapports sexuels occasionnels. Les taux de couverture varient, soit selon le niveau de prévalence du VIH (mesure des besoins) soit selon le développement économique (mesure des limitations imposées par l'infrastructure). Les objectifs de couverture préventive stipulent que, d'ici 2007, 100% des personnes vivant dans les pays où la prévalence est élevée devront pouvoir bénéficier des services des médias grand public, d'une éducation, du traitement des infections transmises sexuellement, du conseil et du test volontaires, de la sécurité transfusionnelle, de la prophylaxie post-exposition et des injections sans risques ; cette couverture devra être de 60% en ce qui concerne l'utilisation de préservatifs lors d'activités sexuelles comportant des risques, de 50% en ce qui concerne les interventions sur les lieux de travail et auprès des jeunes non scolarisés, et de 50% d'ici 2005 et 70% d'ici 2007 pour la prévention de la transmission mère-enfant. Les objectifs relatifs à l'éducation SIDA ainsi qu'à l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels sont moins élevés pour les pays où la prévalence est plus faible. La couverture en matière d'éducation SIDA est sensiblement la même pour les années 2001 à 2003 étant donné que le niveau en 2001 (33%) est élevé par rapport au niveau recherché pour 2007 (49%). L'accroissement entre 2001 et 2003 (soit en deux ans) est du même ordre de grandeur que l'accroissement entre 2003 et 2007 (soit sur cinq ans). Étant donné que le pourcentage de départ est élevé par rapport à 2007 si on le compare à celui de toutes les autres interventions, il donne l'impression d'avoir peu de rapport avec les autres changements de couverture observés. Le niveau butoir de la couverture est fondé sur les objectifs de couverture, à savoir 100% dans les pays à forte prévalence, 60% dans les pays à prévalence moyenne, 45% dans les pays à faible prévalence et 30% dans les pays où la prévalence est négligeable. La répartition de la population fait que les pays à faible prévalence occupent une place significative et, partant, que l'objectif global pour 2007 ne se situe qu'à 49%. En ce qui concerne l'éducation en milieu scolaire, la prévention de la transmission mère-enfant et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la couverture s'adresse aux personnes qui ont une possibilité d'accès à un service (par exemple, les enfants des écoles, les femmes se rendant en consultation prénatale et toutes personnes ayant accès à des services de santé) plutôt qu'à tous les enfants en âge d'aller à l'école, toutes les femmes enceintes et toutes les personnes souffrant d'une infection sexuellement transmissible susceptible d'être traitée. C'est ainsi que les limites de l'infrastructure sont prises en compte. En ce qui concerne les précautions universelles (telles que le port de gants et de blouses, etc.), seuls les coûts encourus dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1% ont été inclus dans la présente analyse en tant que coût relatif au VIH/SIDA.

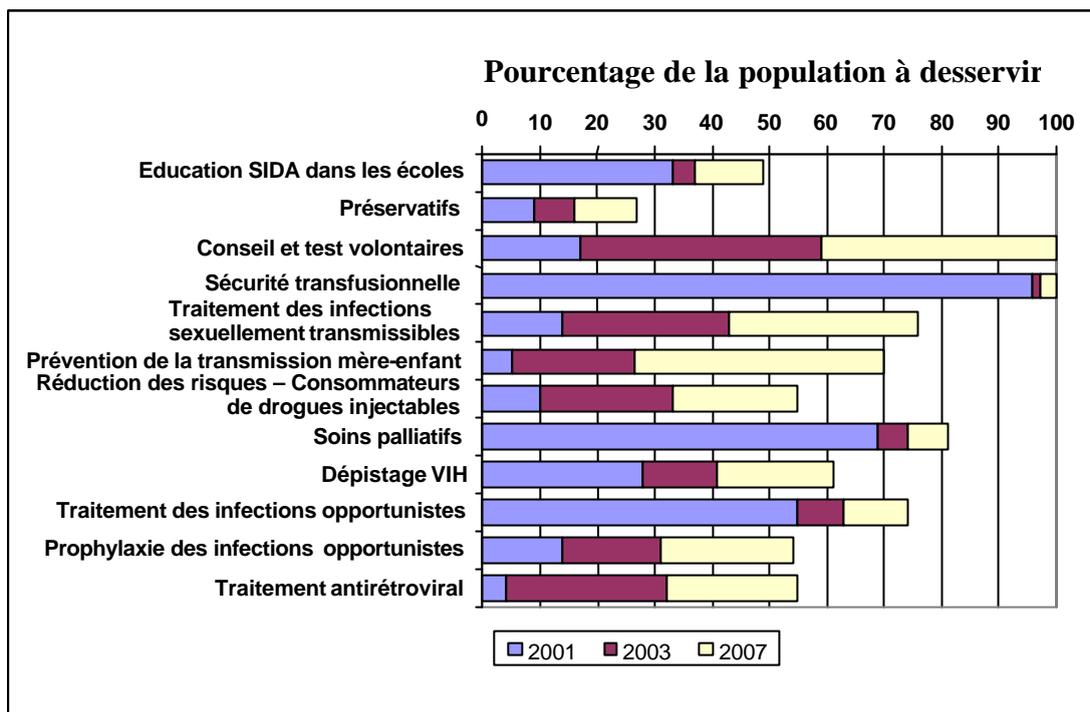
Capacité des programmes en matière de soutien. Les objectifs de couverture en matière de soutien tiennent pour acquis que le quart environ des orphelins auront besoin d'une assistance publique et admettent, aux fins de la présente analyse, l'hypothèse selon laquelle les autres orphelins seront pris en charge par des membres de leur famille élargie sans qu'il en résulte une implication significative du secteur public. Il est également admis que la meilleure façon de prendre en charge les orphelins est d'apporter une contribution financière aux communautés dans

lesquelles ils vivent afin d'aider celles-ci à leur donner un soutien direct, plutôt que de les confier à des orphelinats. On estime enfin que 5% des orphelins bénéficiant de services sont pris en charge par des orphelinats.

Capacité des programmes en matière de soins et de traitements. Si l'on ne relève pas notablement le niveau actuel de couverture en soins et traitements, il ne sera pas possible d'atteindre l'objectif des 3 millions de personnes prises en charge médicalement d'ici 2005 qui a été fixé par l'OMS et l'ONUSIDA. Les objectifs actuels de couverture en soins et traitements ont été majorés pour les années à venir sur la base d'un taux de croissance reflétant la capacité des économies nationales, le fardeau représenté par le VIH ainsi que l'aptitude dont les pays ont fait preuve lorsqu'il s'est agi d'élargir rapidement la couverture des vaccinations essentielles. Ce qui précède repose sur l'hypothèse que mieux l'économie d'un pays se porte, plus celui-ci sera à même d'attirer de nouvelles ressources. Cela voudrait dire aussi que plus le fardeau représenté par le VIH est lourd, plus il sera difficile d'élargir la couverture des soins, tant en raison de l'étendue de l'accroissement de la demande que de l'impact de l'épidémie sur les dispensateurs de soins eux-mêmes. En ce qui concerne le traitement antirétroviral, l'objectif de 53% d'ici 2007 se fonde sur un accroissement considérable si l'on songe que l'objectif actuel se situe à hauteur de 5%. Les hypothèses prennent également en considération le fait qu'actuellement environ 13% de la population a accès à des services de santé qui pourraient fournir des traitements antirétroviraux s'ils disposaient des médicaments nécessaires.

La figure 1 illustre les niveaux estimés de couverture pour 2001 et les niveaux projetés pour 2003 et 2007, à supposer que les niveaux des investissements demeureront les mêmes que ceux décrits dans le présent rapport. S'il serait souhaitable d'atteindre dans l'immédiat des niveaux maximums de couverture, cela n'est pas considéré comme réalisable dans la plupart des cas en raison du temps qu'il faut pour réunir de nouvelles ressources financières, former du personnel, commander les matériels et faire d'autres préparatifs. Ces estimations reposent sur des objectifs ambitieux qui n'en sont pas moins considérés comme réalisables pour autant que la volonté politique et les financements ne fassent pas défaut. Il convient de relever que *ces taux de couverture se réfèrent aux pourcentages des besoins qui sont satisfaits*. La définition des besoins variera selon chaque service. En ce qui concerne les services indiqués dans la figure 1, les besoins sont définis comme suit :

- Education SIDA dans les écoles : nombre d'enseignants du primaire et du secondaire nécessitant une formation
- Préservatifs : nombre de préservatifs requis pour protéger tous les actes sexuels comportant des risques et définis en tant que tous rapports sexuels occasionnels, commerce du sexe, rapports sexuels entre hommes et relations extraconjugales
- Conseil et test volontaires : personnes souhaitant recevoir le test
- Sécurité transfusionnelle : toutes les unités de sang données
- Traitement des IST : tous les cas symptomatiques d'infections sexuellement transmissibles et tous les cas de syphilis chez les femmes enceintes
- Prévention de la transmission mère-enfant : toutes les femmes enceintes séropositives
- Programmes de réduction des risques : tous les consommateurs de drogues injectables
- Soins palliatifs, dépistage VIH, traitement des infections opportunistes, prophylaxie et traitements antirétroviraux : toutes les personnes ayant besoin de soins

Figure 1. Couverture actuelle et projetée pour différents services en 2001, 2003 et 2007

D. Estimation du coût des interventions clés

Le coût des interventions clés de prévention, de soins, de traitements et de soutien a été estimé comme suit :

Le coût unitaire de chaque intervention de prévention, de soins et de soutien a pu être déterminé grâce à l'analyse de données en provenance de plus de 35 pays à revenu faible ou moyen, dont plus de 70 rapports, publiés ou non, et plans stratégiques nationaux. Une partie de l'information concernant le coût à l'unité d'une intervention donnée provient de la participation des pays à des ateliers visant à évaluer les besoins nationaux en matière de financements.

Le coût total de chaque intervention de prévention, de soins et de soutien a été déterminé en multipliant le volume des services requis dans chacun des 135 pays participant à l'analyse par le coût à l'unité (par exemple : coût par enseignant formé, par préservatif distribué, par cas d'infection sexuellement transmissible (IST) traité). Aucune hypothèse n'a été émise en ce qui concerne les changements subis par les coûts unitaires lors de l'élargissement des programmes – c'est-à-dire que l'inflation ou le potentiel de rendement entraînés par l'élargissement des programmes n'ont pas été prises en compte. Les prévisions étaient fondées sur les coûts le plus bas trouvés dans les études publiées afin de maintenir l'estimation des besoins financiers dans des proportions raisonnables.

Le coût total de chaque intervention de prise en charge orphelins a été déterminé en multipliant le nombre estimé d'orphelins nécessitant une aide du secteur public par le coût unitaire de la prise en charge par la communauté ou les orphelinats ou des frais scolaires.

Le coût total de chaque intervention de soins a été déterminé en multipliant le volume estimé de services requis par le coût à l'unité (coûts des soins palliatifs à vie ainsi que des infections

opportunistes, coût unitaire du dépistage VIH, coût annuel de la prophylaxie des infections opportunistes, du traitement antirétroviral et du suivi). Tous les coûts ont été ventilés en « portions négociables » (biens disponibles à prix normalisés sur le marché international) et « portions non négociables » (coûts des personnels et autres coûts encourus localement et payés monnaie locale). La portion non négociable des coûts a été ajustée dans tous les pays en fonction des PIB de chaque pays, rationalisés sur la base de la parité des pouvoirs d'achat.

E. Financement de l'accroissement de la capacité des programmes en ce qui concerne les interventions clés

Une interprétation erronée fréquente des estimations décrites ci-dessus consiste à supposer que les chiffres se réfèrent à l'estimation « de la totalité des besoins en ressources nécessaires pour combattre efficacement le VIH/SIDA dans les pays en développement ». Mais tel n'est pas le cas. Il s'est agi en fait d'estimer la totalité des besoins relatifs à un nombre restreint d'interventions qu'il sera possible de réaliser dans la limite des contraintes imposées par la capacité actuelle des programmes. Cette méthode admet en fait qu'il faudra attendre un certain nombre d'années pour que les investissements substantiels réalisés à court terme dans le cadre d'une telle infrastructure se traduisent par une augmentation significative du potentiel d'action des programmes.

Des travaux complémentaires engagés par le Groupe de travail 5 de la Commission Macroéconomie et Santé ont permis d'estimer les ressources financières qui seraient requises pour élargir l'infrastructure et la rendre opérationnelle⁴. Ce travail réalisé par le Dr Kumaranayake et ses collègues à la London School of Hygiene and Tropical Medicine est encore en voie d'élaboration. Les premières estimations publiées dans le rapport de la Commission suggèrent que les coûts annuels supplémentaires qui devront être consentis pour l'élargissement de l'infrastructure des systèmes de santé équivalent approximativement aux frais directs relatifs à chaque maladie. Mais bien que la plupart des activités de prévention se déroulent en dehors du secteur de la santé, les estimations concernant l'élargissement de l'infrastructure sont généralement insuffisantes.

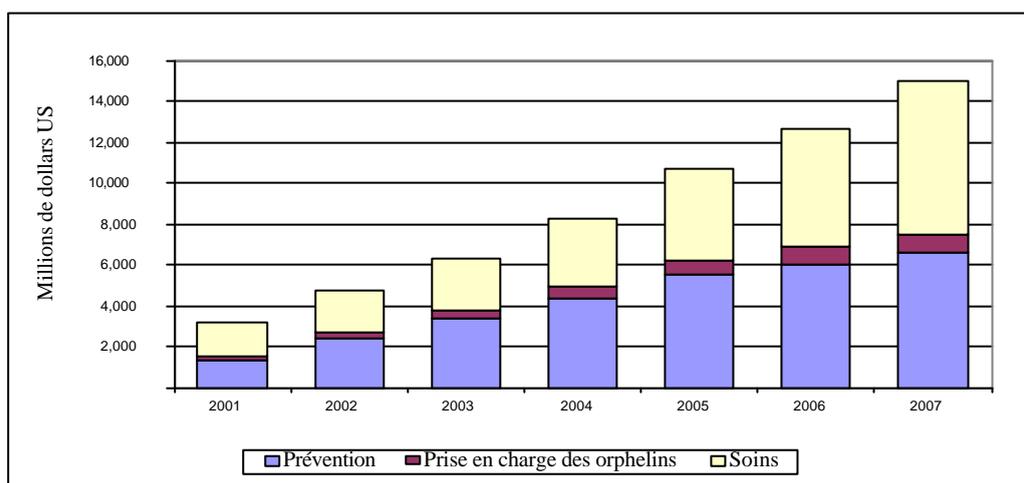
Le fait qu'il y ait aujourd'hui une capacité potentielle substantielle d'élargissement des interventions de lutte contre le VIH n'enlève rien à l'urgence de mettre sur pied un programme d'investissements. Ceci est dû en premier lieu au fait qu'une expansion au-delà de 2007 dépendra de la mise sur pied d'une nouvelle infrastructure, ce qui demanderait de commencer l'investissement des fonds de 4 à 6 ans plus tôt. Deuxièmement, en l'absence d'une nouvelle infrastructure, un risque potentiel existe de voir les autres services de santé évincés par les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays les plus touchés. Troisièmement, le fait d'investir massivement dans l'élargissement des programmes sans investir également dans l'infrastructure irait à l'encontre du principe selon lequel les financements doivent aller en priorité aux pays où les besoins sont les plus urgents. Enfin, comme le souligne la Commission, dans de nombreux pays il devrait être possible d'accroître substantiellement la capacité de fonctionnement des services publics en investissant dans l'aide au management, dans l'entretien et la maintenance et plus particulièrement dans le paiement de salaires plus compétitifs dans le service public afin d'éviter aux agents de santé d'avoir à trouver d'autres sources de revenus. Ce type d'investissements en capacité de programme est infiniment plus rapide que la construction d'hôpitaux ou la formation de médecins et d'infirmières.

⁴ Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L (2002) *Costs of Scaling Up Priority Health Interventions in Low-income and Selected Middle-Income Countries : Methodologies and Estimates*. CMH Working Paper Series. Paper No. WG5 : 18.

Section IV. Estimation des ressources nécessaires pour le financement des besoins actuels et futurs (cinq ans) en interventions clés.

Le présent rapport s'inspire des méthodes et des estimations présentées par l'ONUSIDA dans ses précédents travaux⁵. Les estimations dont on dispose sur les coûts relatifs aux interventions de prévention, de soins et de soutien pour 135 pays à revenu faible ou moyen se réfèrent aux années 2001 à 2007. Les chiffres relatifs à 2001 sont des estimations concernant les dépenses effectivement encourues cette année-là. Les chiffres pour 2002 à 2007 correspondent à l'estimation des ressources nécessaires pour élargir la couverture de ces services au maximum qu'il est possible d'atteindre en se fondant sur les besoins de la population tout en tenant compte des limites imposées par l'infrastructure physique et humaine existante. Ces estimations concernent toutes les sources de financement, y compris celles provenant des gouvernements, des dépenses hors budget en espèces, du secteur privé, des contributions apportées par des fondations et des donateurs par l'intermédiaire de mécanismes bilatéraux et multilatéraux.

Figure 2. Ressources requises à l'échelle mondiale pour la prévention, les soins et le soutien aux orphelins



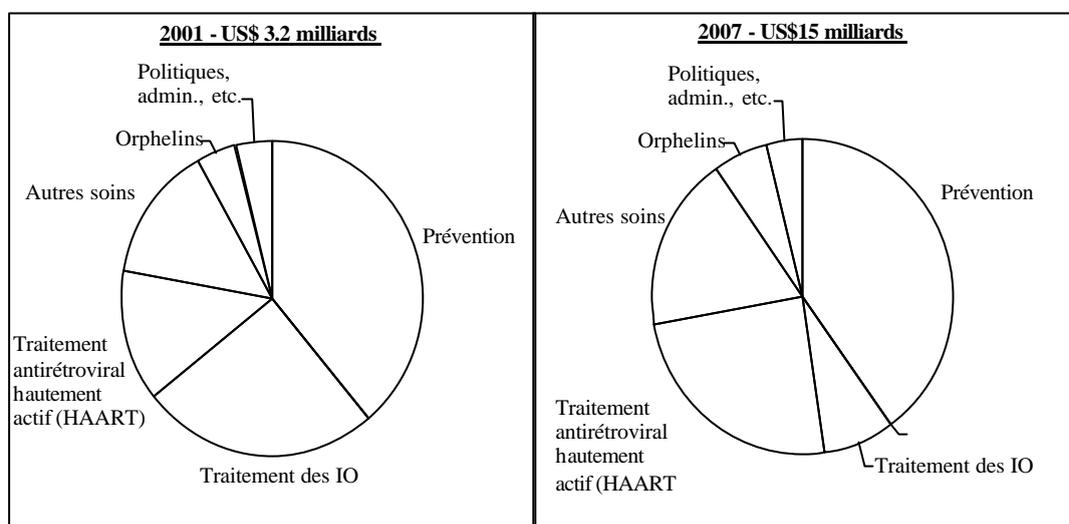
A. Financement total requis pour l'ensemble des interventions clés

Comme l'indique la figure 2, le financement total requis pour l'ensemble des interventions clés devrait passer de 3,2 milliards de dollars US en 2001, à 10,5 milliards en 2005 et 15 milliards en 2007. La figure 3 illustre la répartition des besoins en 2001 et 2007. Les besoins les plus importants en 2001 sont ceux de la prévention, avec 39%, du traitement des infections opportunistes, avec 25% et du traitement antirétroviral, avec 14%. En 2007, les coûts de la prévention représenteront 39% du total, les besoins en traitement antirétroviral seront passés à 25% et le traitement des infections opportunistes sera de 8%. Bien que le prix des traitements antirétroviraux ait baissé de façon significative, ce poste a légèrement augmenté par rapport aux estimations précédentes, car trois nouveaux services, qui n'étaient pas inclus dans les précédentes estimations, ont été ajoutés : la prophylaxie post-exposition, les injections médicales sans risques et les précautions universelles. Les chiffres récents concernant le nombre de personnes infectées ainsi que les coûts unitaires ont entraîné de légères modifications dans les estimations relatives à

⁵ Schwartlander B et al. (2001) Resource Needs for HIV/AIDS, *Science* 29, Vol. 292, pp. 2434-2436.

quelques services. Ainsi, la baisse du coût des traitements antirétroviraux a fait passer les estimations pour 2005 de 2,4 milliards de dollars US à 1,9 milliards.

Figure 3. Répartition des besoins en financements en 2001 et 2007

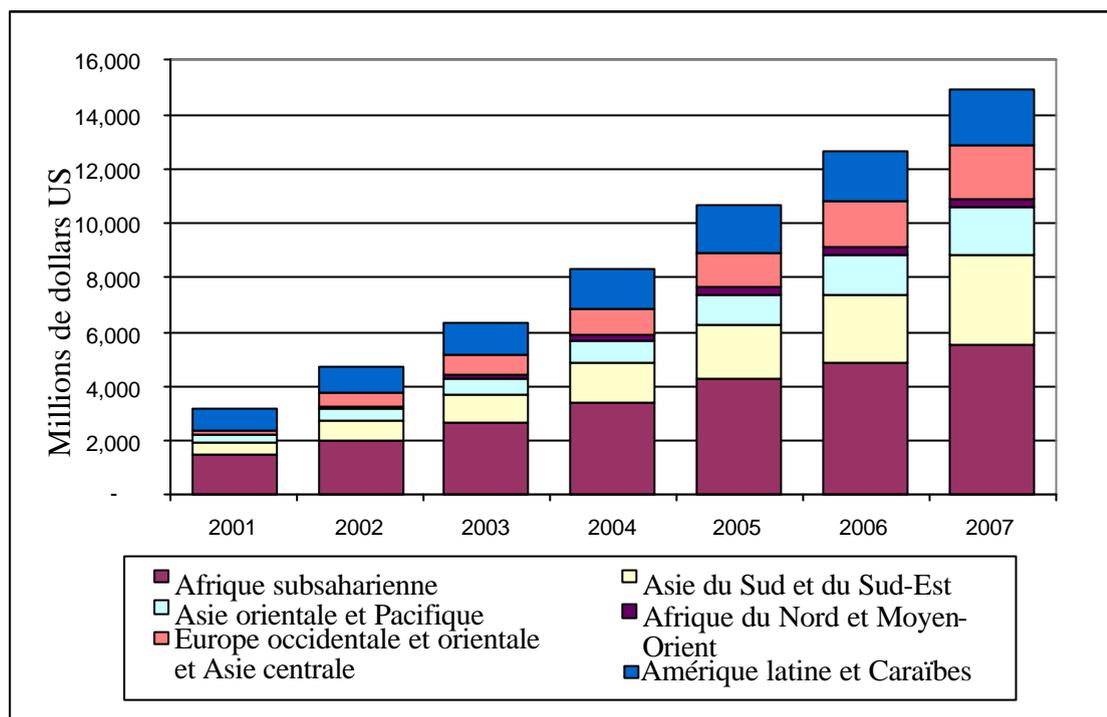


L'estimation du montant requis de 15 milliards de dollars US pour 2007 est analogue à celle à laquelle est arrivée la Commission Macroéconomie et Santé (CMS), à savoir 14 milliards de dollars US d'augmentation des besoins d'ici à 2007. Les estimations de la CMS se réfèrent à un nombre plus petit de pays et ne tiennent pas compte de la prise en charge des orphelins, des injections médicales sans risques ou des précautions universelles. En revanche, elles englobent certains coûts relatifs à l'infrastructure qui ont été omis dans le présent rapport⁶.

B. Financements requis par régions

Les financements requis dans chaque région apparaissent dans la figure 4. D'ici à 2007, les financements nécessaires en Afrique subsaharienne se monteront 5,5 milliards de dollars US, soit plus du tiers des besoins mondiaux. L'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Est aura besoin quant à elle de 3,3 milliards de dollars, soit un cinquième du total mondial.

⁶ Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L (2002) *Costs of Scaling Up Priority Health Interventions in Low-income and Selected Middle-Income Countries: Methodologies and Estimates*. CMH Working Paper Series. Paper No. WG5 : 18.

Figure 4. Ressources globales requises pour chaque région

C. Financements requis pour les interventions clés en matière de prévention

Comme le montrent les figures 5 et 6, le total des financements requis pour les activités préventives passe de 1,4 milliards de dollars US en 2001 à 6,6 milliards en 2007. Comme on le voit dans la figure 6, les besoins les plus importants en financements sont ceux correspondant aux précautions universelles (16%), aux services consacrés aux jeunes (11%), aux programmes menés sur les lieux de travail (11%), au poste politiques, plaidoyer, administration et recherche (9%), à la distribution de préservatifs par le secteur public (10%) et au traitement des IST (8%). Les autres interventions devront pouvoir compter sur 2 à 5% du total des financements, à l'exception de la réduction des risques et de la prophylaxie post-exposition qui demanderont moins de 1%. L'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et du Sud-Est ainsi que l'Europe de l'Est auront besoin chacune de 20 à 25% du total des financements. L'Asie orientale et le Pacifique ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes devront pouvoir compter chacune sur quelque 15% du total, alors que l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient nécessitera environ 3%.

Ces estimations comprennent le coût de la formation, celui du renforcement des services prénatals offrant des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, ainsi que celui de la logistique des préservatifs permettant d'accroître la couverture. Toutefois, elles ne comprennent pas les coûts devant permettre d'accroître la scolarisation, d'élargir l'accès aux services prénatals ou aux services de santé de base – en d'autres termes le renforcement de l'infrastructure qui serait nécessaire pour que tous ceux qui en ont besoin puissent bénéficier de ces services.

Il importe de souligner que ces estimations comprennent certains coûts qui ne seraient peut-être pas normalement considérés comme des dépenses relatives à la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit notamment de la formation des formateurs en matière d'éducation SIDA, de programmes de prévention sur les lieux de travail dont le coût est supporté par des employeurs privés, du coût du matériel nécessaire aux injections médicales sans risques et de celui des précautions universelles.

Figure 5. Ressources requises pour les activités de prévention

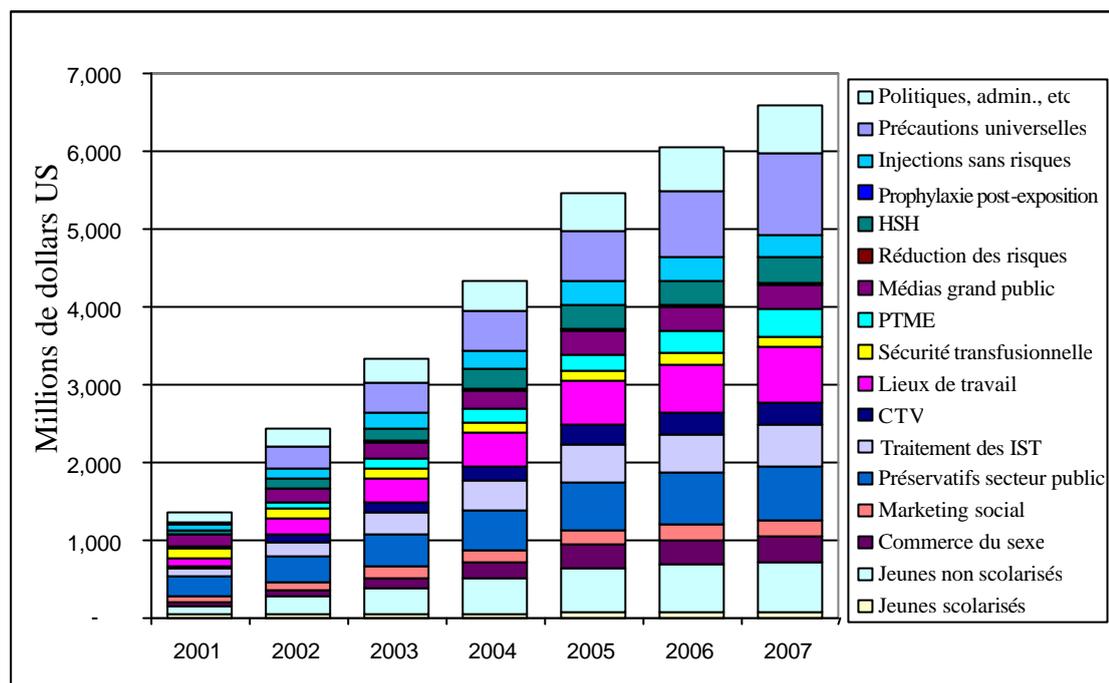
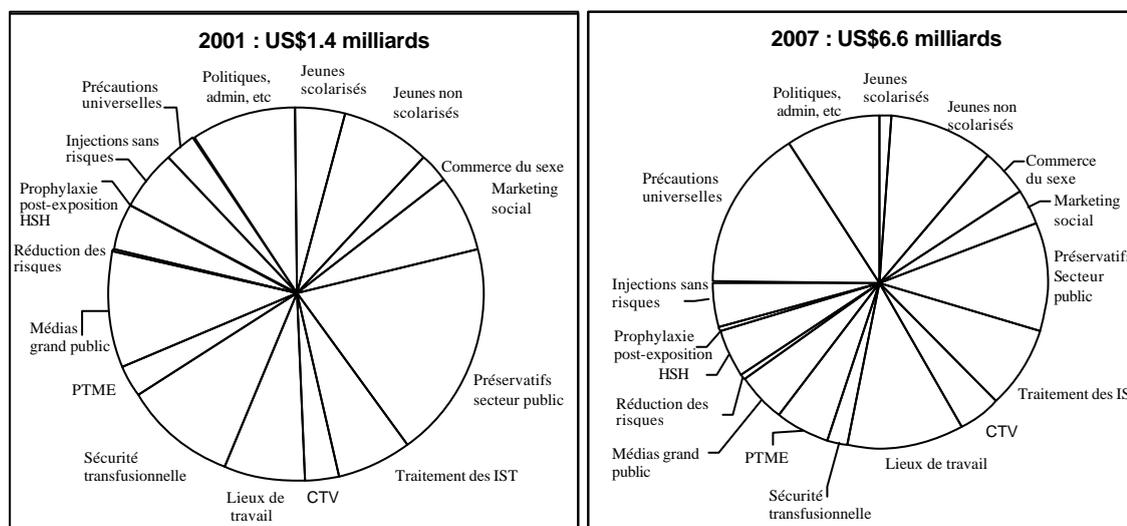


Figure 6. Répartition des besoins en financement à des fins de prévention – 2001 et 2007



D. Financements requis pour la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables

L'estimation des financements requis pour la prise en charge des orphelins comprend les coûts relatifs aux orphelinats, le soutien communautaire et les frais de scolarité. Ces estimations prennent en considération tous les enfants de moins de 15 ans dont la mère est décédée du SIDA ou pour une autre raison. Tous les orphelins de mère sont compris dans ces estimations car les programmes de soutien aux orphelins ne sauraient faire de différence en offrant un soutien à certains et non à d'autres en raison de la cause de décès de leur mère. Les enfants vulnérables sont également pris en compte. Ce sont les enfants dont la mère mourra probablement au cours de l'année suivante. Les pays où la prévalence du VIH parmi les adultes est inférieure à 1% ne sont pas compris, car les orphelins du SIDA ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des orphelins de ces pays. Etant donné que quelques orphelins de père auront également besoin d'aide et que de nombreux programmes

prennent en charge les orphelins jusqu'à l'âge de 18 ans, ces estimations devraient être considérées comme correspondant à des besoins minimums.

La plupart des orphelins seront pris en charge par leur famille élargie sans soutien déterminé de la part du secteur public. C'est pourquoi les objectifs de couverture sont inférieurs à ceux des services de prévention. Les objectifs de couverture pour 2005 stipulent que 5% des orphelins seront placés dans des orphelinats, que jusqu'à 20% recevront au soutien au sein de la communauté grâce à une assistance gouvernementale et que jusqu'à 20% recevront des paiements pour couvrir leurs frais de scolarité. Pour pouvoir atteindre ces objectifs, il faudra débloquer 900 millions de dollars US de plus d'ici 2007.

Ces estimations pourraient bien être en deçà des besoins réels si le nombre d'orphelins et de communautés nécessitant une assistance était en réalité beaucoup plus élevé que l'on ne pense ou encore si les services existants n'étaient pas en mesure d'offrir toute la gamme des services requis. L'UNICEF et d'autres partenaires travaillent actuellement activement à l'amélioration de l'évaluation des besoins.

E. Financements requis pour les interventions de soins et traitements

Comme le montre la figure 7, l'ensemble des financements requis pour les interventions de soins et de traitements devront passer de 1,7 milliards de dollars US en 2001 à 7,5 milliards en 2007. La manière dont sont réparties les grandes interventions de soins en 2001 et 2007 est illustrée dans la figure 8. L'élément le plus important pour 2007, à savoir le traitement antirétroviral, est estimé à 49% du total des financements alors que les estimations des dépenses consacrées à ce poste en 2001 sont estimées à 26% du total. L'élément le plus important en 2001 est le traitement des infections opportunistes, avec 48% du total. L'élément le moins important est représenté par les coûts du dépistage, lesquels correspondent à moins de 0,1% du total.

D'ici 2007, les 43% du total mondial estimé des financements requis pour les interventions, soit 3,2 milliards de dollars US, devront être consacrés aux pays d'Afrique subsaharienne. Dans ce contexte, des traitements antirétroviraux seront fournis à 3,5 millions de personnes dans cette région. Dans l'ensemble, il est prévu faire passer la couverture en traitements antirétroviraux de 280 000 personnes en 2001 à 7,1 millions en 2007.

Figure 7. Ressources mondiales requises pour les activités de soins et de traitements

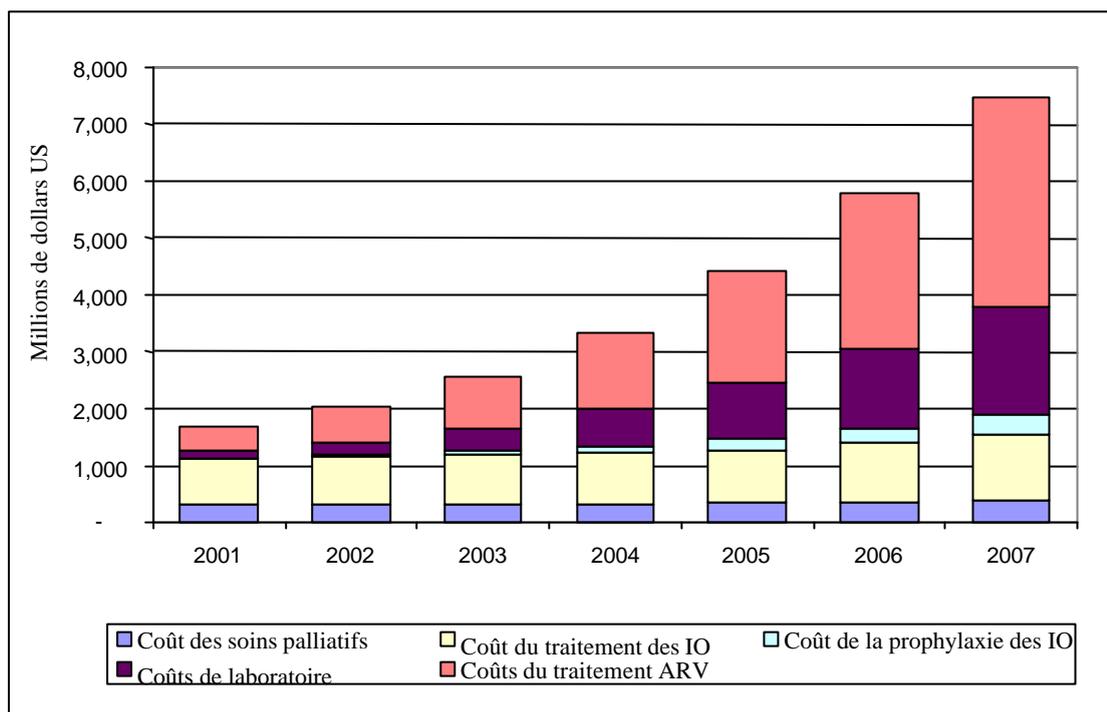
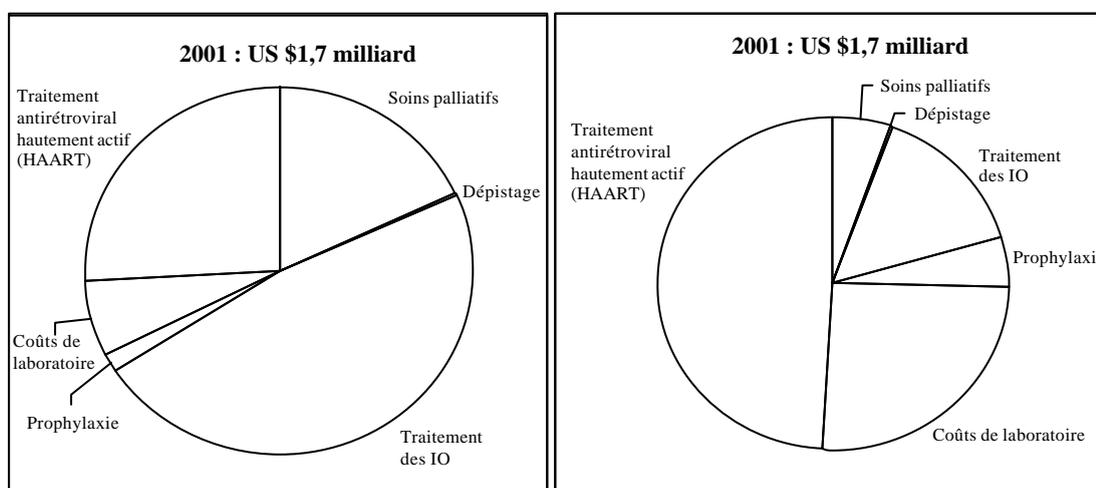


Figure 8. Répartition des coûts relatifs aux soins et aux traitements – 2001 et 2007



Section V. Estimation des ressources financières disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA

Cette section aborde un nouveau domaine d'activité. Le volume des données réunies s'est accru de façon spectaculaire au cours de deux dernières années, mais certaines lacunes demeurent et l'on peut – et doit – prévoir encore des améliorations. Si l'on se fonde sur les données récoltées à ce jour et celle qui continuent d'affluer et qui seront classées et analysées dans les semaines à venir, on peut s'attendre à ce que les dépenses effectuées en 2002 se révèlent plus élevées que celles apparaissant dans les estimations existantes.

A. Tendances historiques

Selon l'analyse de données en provenance des gouvernements membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE⁷, du système des Nations Unies, des banques de développement, de fondations internationales et d'ONG, les dépenses consacrées sur le plan international à la lutte contre le VIH/SDA dans les pays en développement et les pays en transition se sont accrues significativement entre 1996 et 2001, pour atteindre un total de près de 1,1 milliard de dollars US. Au cours de la même période, les dépenses nationales effectuées par les gouvernements et les ONG dans les pays touchés sont estimées à plus de 500 millions de dollars. La figure 9 illustre ces tendances et le tableau 2 fournit des détails complémentaires concernant les dépenses internationales.

Figure 9. Dépenses consacrées au VIH/SIDA dans les pays participant au programme, 1996-2001

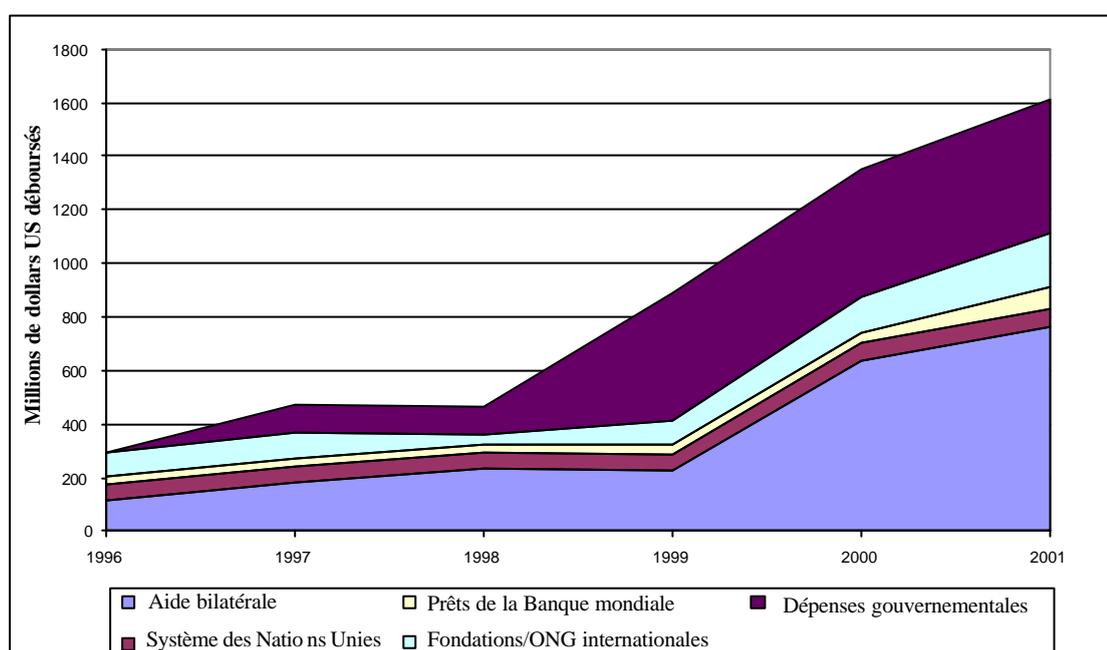


Tableau 2 : Dépenses internationales consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA⁸

(Débours au titre du programme de lutte contre le VIH/SIDA en millions de dollars US)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Aide bilatérale & Commission européenne (CE)	116	183	237	229*	650*	760
Fondations/ONG internationales	96	97	37	87*	136*	200
Système des Nations Unies	60	60	60	60*	70*	70
Prêts de la Banque mondiale (subventions uniquement)	25	25	25	35	35	78
TOTAL	297	365	359	411*	891	1,108

*Les données concernant l'aide bilatérale en 1999 sont incomplètes.

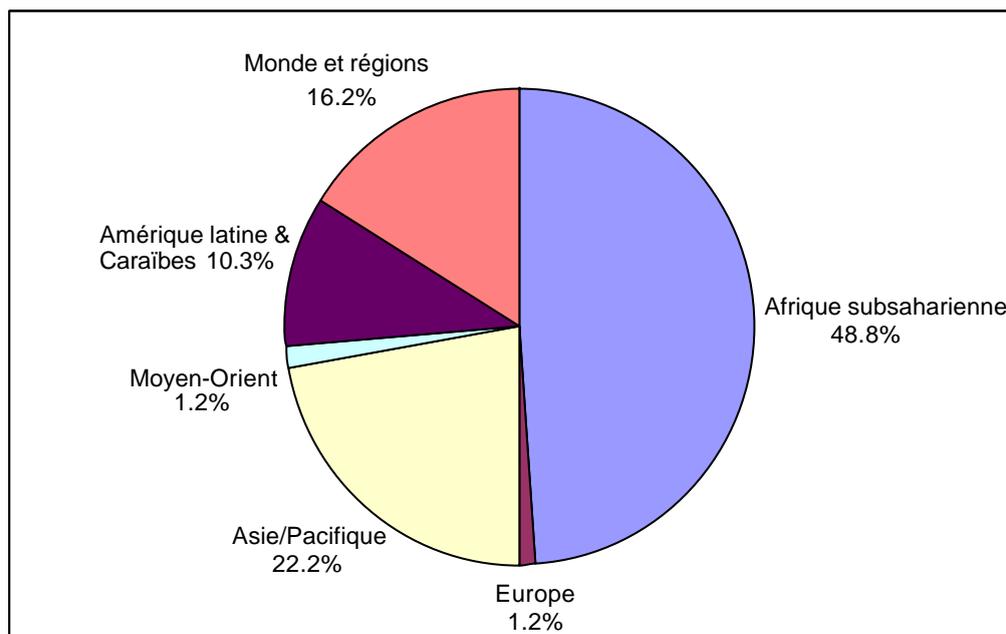
⁷ Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE)

⁸ Examen partiel des données obtenues par le biais de l'Institut démographique interdisciplinaire néerlandais (NIDI) et effectué au nom de l'ONUSIDA – données réunies entre 1996 et 1999 par le « Resource Flows project » – ainsi que d'autres travaux réalisés à partir de 2000.

B. Répartition géographique

En 1999 et 2000, la plus grande partie de l'assistance des donateurs internationaux pour la lutte contre le VIH/SIDA a été programmée en premier lieu en Afrique subsaharienne, puis en Asie et dans le Pacifique. La figure 10 montre de quelle manière les financements internationaux ont été répartis en 1999.

Figure 10. Répartition régionale des dépenses de l'Aide publique au Développement (APD) effectuées par différents donateurs



C. Analyse des dépenses courantes

Les tendances actuelles indiquent que les gouvernements, institutions multilatérales (y compris les organismes des Nations Unies) et fondations internationales parties au Comité d'Aide au Développement et les ONG financeront les efforts de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays participant au programme à hauteur d'approximativement 1,8 milliard de dollars US en 2002. Le tableau 3 résume la situation en matière de ressources financières en 2002 en se fondant sur les dépenses internationales enregistrées et projetées pour lesquelles des crédits sont ouverts et disponibles⁹

⁹ L'expression « crédits ouverts et disponibles » ne s'applique qu'aux montants pour lesquels toutes les conditions légales – affectations, lois des finances, ou autres mesures approuvées par les corps législatifs – ainsi que toutes les conditions requises pour la mise en œuvre du budget – répartition, imputations ou mesures équivalentes, ont été remplies.

Tableau 3. Dépenses internationales (effectives et projetées) en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA pour lesquelles des crédits sont ouverts et disponibles

(Débours (projection) au titre de la lutte contre le VIH/SIDA en millions de dollars US)

	2002
G7	948
Autres membres CAD et CE	289
Système des Nations Unies	150
Prêts de la Banque mondiale (subventions)	95
FMSTP*	100
Fondations/ONG	200
TOTAL DES DÉBOURS PROJETÉS	1782

*Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Les ressources disponibles actuellement, calculées sur la base de l'analyse des budgets présentés aux corps législatifs ou sur les prévisions faites à ce jour, pourraient avoisiner environ 2,8 milliards de dollars US en 2002 en tenant compte des dépenses internationales et nationales, ainsi que des sorties d'espèces hors budget. Les budgets soumis ou les prévisions pour 2003 ne permettent pas de penser que les nouvelles ressources disponibles pourraient combler d'écart de 3,5 milliards existant actuellement entre la totalité des ressources disponibles et la capacité des programmes. En outre, aucune indication ne laisse présager à ce jour que les mesures budgétaires prévues suffiront à financer l'augmentation de la capacité des programmes, laquelle deviendra nécessaire selon les prévisions en 2004 et au-delà.

D. Efforts nationaux

La dernière étude de l'ONUSIDA portant sur deux ans, effectuée sur la base des données les plus récentes réunies au sujet des dépenses consacrées par les pays touchés à la lutte contre le VIH/SIDA, remonte à l'année 2000. Dans le cadre de cette étude, les dépenses signalées pour 1999 par les gouvernements totalisent 474 millions de dollars US, une augmentation notable par rapport aux 105 millions de dollars US relevés deux ans auparavant. En même temps, on estimait que les dépenses consacrées par les ONG nationales à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays touchés étaient passées de 23 millions de dollars en 1997, lesquels venaient s'ajouter aux dépensés en 26 millions 1999¹⁰. Sur la base de données préliminaires, on est en mesure de prévoir que les dépenses effectuées par les gouvernements des les pays à faible et moyen revenu en 2002 seront substantiellement plus élevées que ce qui était estimé au départ. Les estimations en question seront mises à jour dès que les données résultant des études les plus récentes auront été analysées¹¹.

E. Circuits bilatéraux

En ce qui concerne les ressources bilatérales programmées en 2002, plus des quatre cinquièmes des dépenses prévues proviendront des huit plus important donateurs, comme on le voit dans le tableau 4.

¹⁰ Des lacunes significatives dans les informations reçues ont été signalées.

¹¹ L'ONUSIDA a commencé le suivi des coûts et des ressources, exercice qui sera élargi à toutes les régions et permettra d'accroître la capacité des pays à maintenir un contrôle de leurs dépenses et à améliorer leurs prévisions budgétaires. Ces efforts permettront en outre de fournir des informations plus spécifiques sur les coûts unitaires en vue de l'élaboration des budgets et de l'estimation du flux des ressources financières.

Tableau 4. Débours (projections) effectués en 2002 par les principaux donateurs
(Projection des débours relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA en millions de dollars US)

	Inscrits au budget	Projetés
Etats-Unis	790	514
Royaume-Uni	313.2	300
Allemagne	70.1	55.0
Pays-Bas	67.0	55.0
Canada	39.1	39.1
Norvège	34.6	34.6
France	30.9	25.0
CE	28.35	25.0
Autres donateurs*	196	190
TOTAL	1,569.3	1237.7

*Données partielles et incomplètes ; mise à jour en cours. Nombre significatif de données indisponibles pour le Japon

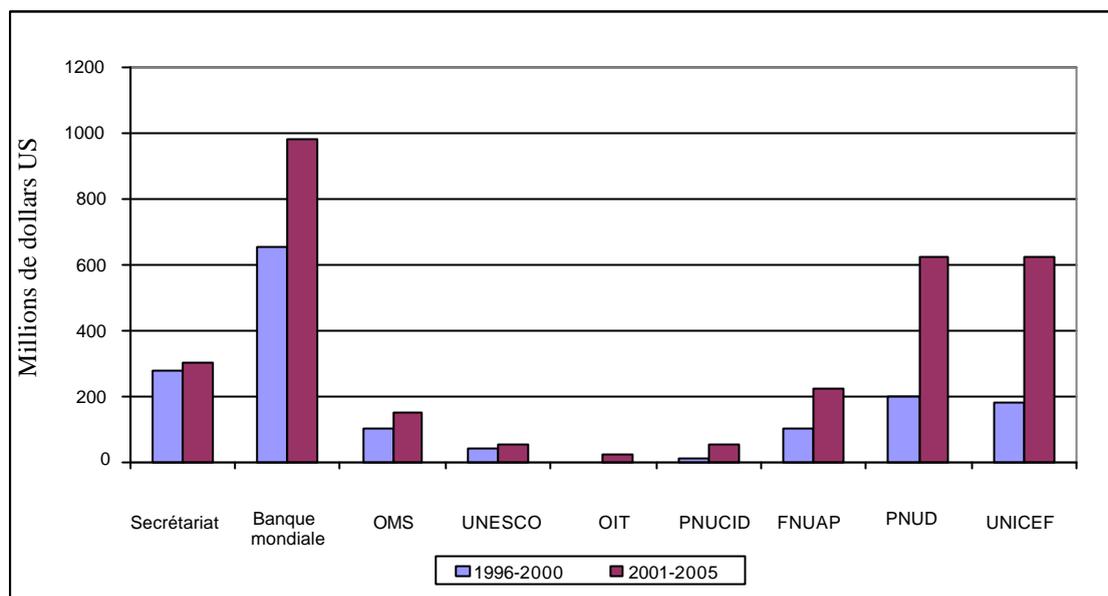
Selon l'analyse portant sur cinq pays du G7 et huit autres gouvernements membres du CAD, il est prévu que l'augmentation des dépenses entraînées par la lutte contre le VIH/SIDA, sera compensée par des crédits en provenance du FMSTP. A quelques exceptions près, tous ces engagements sont considérés comme devant venir en sus des niveaux antérieurs de financement de la lutte contre le VIH/SIDA. La Commission européenne s'est également engagée à mettre à la disposition du FMSTP des crédits immédiatement mobilisables à hauteur de 60 millions de dollars US.

Une partie du financement bilatéral de la lutte contre le VIH/SIDA est gérée au nom des donateurs par des organismes multilatéraux ou des ONG. L'aide bilatérale directe au développement bilatérale en 1999 représentait 75% de la totalité des activités, l'aide gérée par les institutions multilatérales, 3%, et l'aide gérée par les ONG internationales, 23 %.

F. Organismes des Nations Unies

Les dépenses effectuées en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA par un certain nombre d'organismes des Nations Unies dans le cadre du budget-plan de travail intégré et sur la base des chiffres récents du plan stratégique des Nations Unies, devraient atteindre en 2002 un total de l'ordre de 350 millions de dollars US. Toutefois, seuls 150 millions de dollars (correspondant aux dépenses effectuées au titre du budget ordinaire et soutenues par des contributions conventionnelles sans affectation) sont considérés comme provenant de sources multilatérales. Le resté est affecté à la lutte contre le VIH/SIDA et attribué, à des fins de contrôle, aux gouvernements contributeurs.

Figure 11. Estimations financières de l'ONUSIDA relatives à des activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA, 1996-2005



Les projections indiquent que les débours effectués par l'ONUSIDA au titre de prêts libéraux au cours de l'exercice budgétaire 2002 de la Banque mondiale, lequel a débuté le 1er juillet, seront de l'ordre de 150 millions de dollars US. Comme le montre le tableau 3, la valeur de l'élément de libéralité s'élève en gros à 95 millions de dollars US (approx. 65%). L'élément non libéral, qui s'élève à 55 millions de dollars (approx. 35%) apparaît dans la figure 12, en tant que partie des dépenses nationales effectuées par les gouvernements emprunteurs. Les banques régionales de développement constituent une autre source possible significative de financement grâce à des prêts à conditions libérales. Mais pour le moment, les crédits qu'elles débloquent pour la lutte contre le VIH/SIDA et pour lesquels on dispose d'informations correspondent à des prêts isolés et à des subventions de moyenne envergure.

G. Fondations internationales

Bien que les données concernant les dépenses des fondations internationales et des ONG en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA soient incomplètes, le Secrétariat de l'ONUSIDA a pu conclure, grâce à diverses enquêtes ciblant quelque 20 fondations internationales et ONG connues pour leurs importantes contributions dans ce domaine, qu'un total de quelque 136 millions dollars US avait ainsi été consacrés à la lutte anti-SIDA en 2000. Les projections indiquent que pour 2001 et 2002 les dépenses de ce type devraient être de l'ordre de 200 millions de dollars US par an.

H. Secteur privé et ONG internationales

Les contributions apportées par le secteur privé à la planification des programmes de lutte contre le VIH/SIDA n'ont pas été évaluées de façon systématique. Elles se sont matérialisées notamment sous la forme de programmes de prévention sur les lieux de travail, de couverture des employés en soins de santé, y compris le traitement antirétroviral, d'encouragements au soutien communautaire, d'activités de sensibilisation, ainsi que d'apports financiers ou matériels. Les ONG internationales reçoivent la majorité de leurs financements par le biais de relations bilatérales avec les gouvernements, et le surplus sous formes de dons caritatifs. Les montants en

provenance de donateurs sont répertoriés en tant que contributions bilatérales, mais on sait peu de chose sur l'aide caritative, qui peut être relativement modeste comparativement dans la plupart des cas.

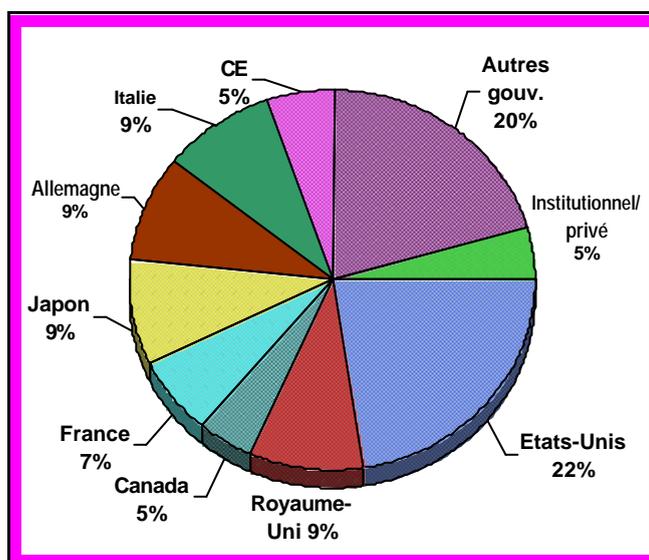
I. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)

Au 31 octobre 2002, la totalité des fonds engagés en faveur du Fonds mondial dépassait les 2,1 milliards de dollars US pour une tranche de 5 ans. Le tableau 5 et la figure 12 présentent une ventilation de ces crédits par source. Sur ce total de 2,1 milliards de dollars, 515 millions ont été transférés sur des comptes en fidéicommiss et peuvent être déboursés sans délai. En outre un montant de 282 millions de dollars peut être légalement prélevé du montant total et transféré au Fonds. Comme on l'a indiqué plus haut, ces montants viennent en sus des montants désignés en tant que dépenses des mêmes contributeurs, publics ou privés, en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.

L'estimation de la mesure dans laquelle les dépenses du Fonds mondial permettront de fournir l'appoint nécessaire à la lutte contre le VIH/SIDA en 2002 a été ajustée en fonction de crédits attendus pour des activités de lutte contre la tuberculose et le paludisme. La présente analyse se fonde sur l'hypothèse que les accords fiduciaires nécessaires seront conclus au cours du présent trimestre dans un nombre suffisant de pays pour qu'un pourcentage significatif des subventions totalisant quelque 350 millions de dollars US allouées par le Fonds mondial à la lutte contre le VIH/SIDA lors de la réunion de son Conseil en avril 2002 puisse être utilisée cette année encore.

Tableau 5/Figure 12 : Crédits engagés par le Fonds mondial ventilés selon la source

	US\$ (millions)
Etats-Unis	500
Japon	200
Italie	200
Allemagne	200
Royaume-Uni	200
France	150
CE	120
Autres	452
Secteur privé	102
TOTAL	2,124.0



J. Disponibilité des ressources au regard de la capacité des programmes

Les estimations actuelles en matière de prévention, de soins et de soutien en vue de la planification des programmes reflètent les coûts minimums qui devront être supportés par les services pour atteindre les objectifs de couverture dans les limites imposées par l'infrastructure existante et ne tiennent pas compte des transactions effectuées à d'autres niveaux. Ces estimations correspondent donc au financement minimum indispensable.

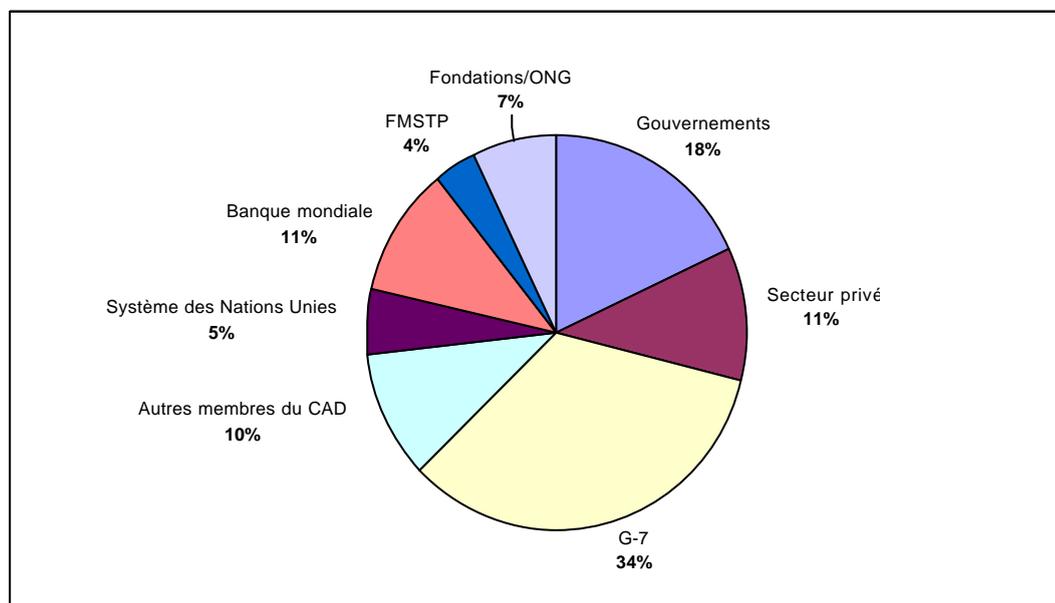
Comme indiqué précédemment, les dépenses mondiales relatives à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en développement et les pays en transition pour l'année 2002 devraient avoisiner

les 2,8 milliards de dollars US. Ce chiffre peut apparaître favorable si on le compare aux 3,2 milliards de dollars auxquels est estimée la capacité des programmes ; il faut cependant faire la différence entre les ressources totales pouvant être consacrée à la lutte contre le VIH/SIDA et le pourcentage de ces ressources qui est affecté directement à des interventions clés.

Les ressources d'origine nationale et internationale qui sont utilisées pour faire face à des coûts encourus à d'autres niveaux qu'à celui de la prestation des services ainsi qu'aux dépenses autres que celles engendrées par les interventions clés ne sont pas prises en considération dans la présente analyse. A l'avenir, on s'efforcera de nuancer l'analyse des flux de ressources afin d'être en mesure de déterminer quel pourcentage des ressources étudiées est consacré aux interventions clés, et quel pourcentage va à d'autres activités. Dans l'intervalle, on peut raisonnablement supposer que l'écart séparant la capacité des programmes et la disponibilité des ressources est plus large que ne laissent présager de simples comparaisons et qu'il pourrait dépasser le milliard de dollars US pour l'année en cours. Comme on l'a déjà dit, la disparité entre la capacité des programmes et les ressources disponibles pourrait bien avoisiner 3,5 milliards de dollars US en 2003 et 5 milliards en 2004. Pour l'instant, il n'existe aucune mesures budgétaires qui permettraient de réduire notablement ces écarts de façon.

Toutefois, les estimations concernant la couverture laissent entrevoir un degré élevé de corrélation entre la totalité des ressources identifiées et la mesure dans laquelle on peut s'attendre à voir celles-ci se traduire en services rendus. Cela pourrait vouloir dire, entre autres hypothèses plausibles, que d'autres crédits, et notamment des montants fournis en liquide hors budget, participeraient au financement des services dans une proportion plus élevée qu'il n'y paraît au vu des estimations.

Figure 13. Sources identifiées de financement de la lutte contre le VIH/SIDA en 2002



Section VI. Financement de la riposte mondiale à l'épidémie

Il n'y a actuellement pas de consensus sur la façon dont la riposte mondiale à l'épidémie sera financée dans les cinq prochaines années. Certains efforts devront être faits pour obtenir ce consensus, notamment le lancement par toutes les parties prenantes d'un processus de mise au

point de la stratégie. Ce processus est brièvement décrit à la fin de la présente section, qui donne également une vue d'ensemble des quatre principaux domaines où des analyses et des échanges d'informations devront être effectués afin qu'un tel processus puisse être réalisé en toute connaissance de cause.

A. Approfondir la réflexion sur le coût total de la riposte mondiale

Le premier des principaux domaines où il importe d'arriver à un consensus est l'estimation du coût total de la riposte dans les pays en développement. Les estimations concernant les ressources requises pour financer un ensemble spécifique d'interventions sont, par nature, approximatives, mais elles n'en reflètent pas moins la situation qui prévaut dans les pays et ce que cette situation pourrait être si les hypothèses formulées venaient à se vérifier. Il faudra donc tenter de mieux cerner ces hypothèses et ces estimations en se fondant sur l'expérience accumulée dans les pays.

En ce qui concerne le niveau opérationnel, l'expérience de la planification des programmes devra orienter les stratégies et les décisions d'ordre financier. Ainsi, on a pu observer que dans les premiers stades de l'élaboration des programmes les diverses interventions entrent en concurrence pour l'obtention de la priorité et des ressources. Mais dans les étapes ultérieures, et une fois que les interventions sont bien intégrées dans l'effort, plus vaste, de développement, elles tendent à fonctionner en synergie. Cette intégration permettra vraisemblablement de réaliser des économies d'échelle et augmentera la confiance en l'efficacité de la politique suivie en matière d'investissements.

B. Partage des coûts des biens publics mondiaux

Le deuxième grand domaine où le consensus est vital est celui des méthodes devant permettre de déterminer le partage des coûts au niveau international. Il n'existe pas de norme à partir de laquelle il serait possible de trouver une solution au problème de la répartition équitable entre les différents pays donateurs du coût international des biens publics mondiaux. En fait, cette répartition est déterminée par un ensemble de décisions politiques – sur le plan national comme sur le plan international – qui sont gouvernées par un vaste éventail de facteurs.

La priorité que chaque pays accorde à l'aide internationale dépend de ses moyens financiers, ainsi que des engagements qui ont été pris et de l'ensemble des intérêts stratégiques et relatifs aux programmes. La perception qu'a chaque pays de la solidarité mondiale, de la valeur relative de l'aide internationale ainsi que des aspirations qui se manifestent en matière de partenariat et de leadership à propos des enjeux internationaux est tout aussi importante. La répartition d'une aide internationale spécifique en provenance d'un pays en particulier entre des biens mondiaux d'une importance aussi capitale que celle des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, de l'éducation, de la santé, de l'environnement, de la sécurité et du maintien de la paix, permet de se faire une idée des priorités et des perceptions de chaque pays en ce qui concerne les domaines où effectuer les investissements pour faire face le plus efficacement à ces priorités.

L'opinion publique est un facteur très important lorsqu'il s'agit de choisir la manière dont l'aide internationale sera dispensée, en ceci qu'elle détermine tout un ensemble d'interactions qui influencent les événements nationaux et internationaux et les processus politiques, et qu'elle en subit à son tour les effets. En dépit de la complexité de ces facteurs, il n'est pas impossible d'appréhender globalement les approches de la question du partage des coûts relatifs à d'autres biens mondiaux ; et

si l'on parvient à adapter ces approches à la lutte contre le VIH/SIDA, on atteindra probablement un consensus permettant d'adopter une stratégie commune de financement.

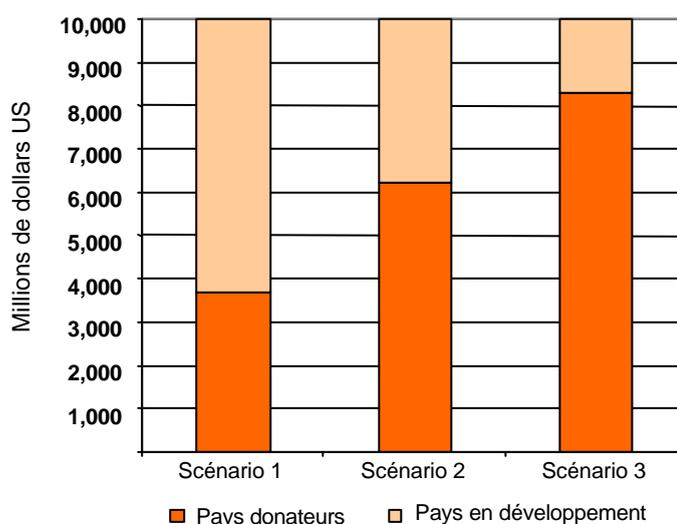
On peut imaginer un grand nombre de méthodes possibles, lesquelles dépendront des domaines dans lesquels on a pu obtenir un consensus au sujet des principes sur lesquels doit se fonder le partage des coûts relatifs aux biens mondiaux liés à la lutte contre le VIH/SIDA. Plusieurs de ces méthodes, dont notamment celles que suivent actuellement l'ONU et l'OMS pour réaliser leurs évaluations, ainsi que celle sur laquelle se fonde la Commission Macroéconomie et Santé, peuvent servir de points de départ pour les discussions visant à mettre au point des modèles appropriés de répartition des coûts de la lutte internationale contre le VIH/SIDA. Ces méthodes peuvent également être d'une grande utilité lors des délibérations budgétaires nationales.

C. Responsabilités nationales et internationales en ce qui concerne le financement de la riposte

Le troisième domaine de consensus est celui des responsabilités qui incombent respectivement aux pays et à la communauté internationale en matière de financement des différents aspects de la riposte. La figure 14 présente trois scénarios représentatifs se fondant sur différents principes régissant la répartition des responsabilités financières entre les pays et la communauté internationale.

- Dans le **premier scénario**, le financement des soins et des efforts de soutien apparaît comme étant du ressort des pays, et le coût de la prévention est considéré comme un bien public international dont la responsabilité financière incombe à la communauté internationale.
- Dans le **deuxième scénario**, les soins et le soutien dispensés dans les pays disposant d'un revenu intérieur brut inférieur à 1000 dollars US par habitant, ainsi que le coût de la prévention dans tous les pays en développement, sont supportés par l'ensemble des entités internationales.
- Dans le **troisième scénario**, l'ensemble de tous les soins, du soutien et du programme de prévention dans les pays est financé par la communauté internationale.

Figure 14 : Trois exemples de scénarios de partage des coûts entre les pays et la communauté internationale



Selon le scénario choisi (avec indication des éléments nationaux et internationaux) et la méthode suivie pour orienter la répartition des financements de l'élément international, on peut élaborer toute une gamme d'hypothèses respectant le principe du «partage équitable». Un des principaux objectifs d'un processus de mise au point d'une stratégie financière à participants multiples,

devrait être de se mettre d'accord sur des principes permettant de réduire le nombre d'hypothèses de «partage équitable ». Et c'est à partir de ce préalable indispensable que les programmes seront en mesure de planifier l'intensification de la riposte sur la base d'une appréciation réaliste du volume de ressources financières effectivement disponibles. Indépendamment des scénarios et des méthodes utilisées, l'écart entre le volume des crédits mis à disposition par les donateurs participant au CAD de l'OCDE et le volume auquel il faudra progressivement arriver au cours des cinq prochaines années pour donner raison aux hypothèses même les plus modestes concernant le «partage équitable » demeure considérable.

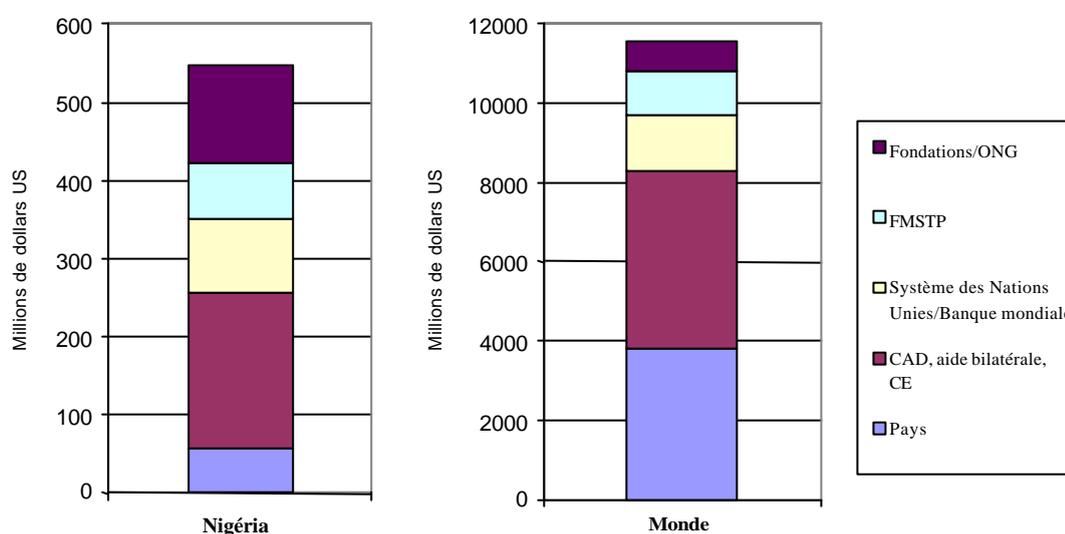
D. Les circuits de financement

Le quatrième grand domaine où le consensus devra être atteint au sein d'une stratégie mondiale de financement concerne l'utilité et les avantages que présentent les différents mécanismes d'affectation des ressources dont on dispose. Il existe essentiellement cinq grandes sources et circuits de financement de la riposte mondiale, dont chacun est assorti d'avantages comparatifs bien spécifiques.

- La **première** et la plus importante source de financement est représentée par les **budgets nationaux** des pays à revenu faible ou moyen où convergeront la plupart des efforts du programme. Est inclus dans cette source, le produit des efforts d'allègement de la dette.
- La **deuxième** source (actuellement le circuit par lequel transite la plupart des crédits transférés des pays donateurs aux pays en développement), est constituée par **l'aide bilatérale** directe d'un pays à un autre. Les circuits bilatéraux présentent l'avantage supplémentaire d'avoir la capacité de s'appuyer sur leurs ressources techniques ainsi que sur l'expérience qu'ils ont tirée de la lutte contre VIH/SIDA menée au sein de leur propre population.
- La **troisième** source est le **circuit multilatéral**, notamment les Fonds et les Programmes du système des Nations Unies, la Banque mondiale et les banques régionales de développement. Les organismes multilatéraux ont souvent établi des relations opérationnelles avec leurs partenaires des ONG ou de la société civile avec lesquels ils travaillent sur le terrain. Ils sont également bien placés pour assurer le respect des critères scientifiques et techniques acceptés sur le plan international ainsi que pour contribuer au développement d'un consensus sur les approches les plus efficaces pour aborder les questions sociales complexes et délicates.
- Un **quatrième** circuit, auquel participent d'importants acteurs du secteur privé, des fondations et des organismes non lucratifs, acquiert actuellement une importance grandissante. Les circuits du secteur privé offrent l'avantage comparatif de maintenir un contact permanent avec leurs membres et leurs employés ainsi qu'avec les communautés parmi lesquelles ils opèrent. Quant aux organismes non lucratifs, ils présentent souvent l'avantage supplémentaire de favoriser la durabilité des liens entre les communautés. Les circuits des fondations apportent une grande souplesse et la capacité de s'engager sur le long terme et de pouvoir assumer un degré élevé de risque.
- Le **cinquième** circuit est constitué par le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP). L'avantage comparatif que le Fonds mondial cherche à offrir est d'avoir la capacité de diriger rapidement et directement de nouvelles ressources vers les programmes des pays où les besoins sont les plus urgents, et ceci avec la meilleure chance de succès.

La Figure 15 illustre les liquidités disponibles pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA sur le plan mondial et au Nigéria (pays sélectionné pour une étude de cas) sur une période de cinq ans et par le biais des cinq grands circuits de financement. Des efforts plus déterminés lors de la planification du programme seront probablement nécessaires au niveau du pays comme à l'échelle mondiale si l'on veut obtenir une synergie des différents mécanismes en jeu. La répartition des ressources qui est illustrée ici souligne la nécessité de s'assurer que les mécanismes de financement s'inscrivent dans une stratégie courante menée au plan national et vont de pair avec des mécanismes de coordination de prise de responsabilités. Un tel processus contribuera à éviter la duplication des efforts, ce qui est particulièrement important dans un contexte où les ressources techniques et de planification sont faibles. Sur le plan pratique, il est clair que les écarts de financement apparaissant dans les projections seront si grands qu'aucun des circuits travaillant isolément ne pourrait les combler.

Figure 15 : Estimation des ressources disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA par le biais des différents circuits, 2001 à 2004 (Monde et Nigéria)



E. Elaboration d'une stratégie multi-participants de mobilisation de financements et de ressources

L'évaluation quinquennale de l'ONUSIDA met en évidence la nécessité d'intensifier les efforts mondiaux de sensibilisation du Secrétariat et des Coparrainants en matière d'engagement politique et financier, car sans un tel engagement, il ne serait pas possible de financer les mesures préconisées par la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire l'Assemblée générale des Nations Unies. Le Conseil de Coordination du programme de l'ONUSIDA a également souligné à plusieurs reprises la nécessité d'intensifier les efforts de contrôle des coûts et des ressources et d'officialiser la collaboration avec le FMSTP, les autres mécanismes de financements, ainsi que tous autres efforts visant à assurer que les ressources financières seront suffisantes pour mettre en œuvre la riposte mondiale.

La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée des Nations Unies en appelle à l'intensification des efforts nationaux et internationaux de mobilisation de ressources en faveur de la riposte mondiale. C'est en réponse à cet appel que le Directeur exécutif a décidé que, dès le début de 2003, le Secrétariat ferait en sorte que soit mis au point un exercice de mobilisation des ressources à l'échelle mondiale auquel se joindront l'ensemble des participants, afin de susciter un consensus international concernant le financement de la riposte mondiale.

Des produits intermédiaires seront présentés au CCP au printemps 2003 afin de pouvoir finaliser la stratégie dès la fin de la même année. Entre autres éléments, l'ONUSIDA et ses partenaires élaboreront des plans visant à améliorer la budgétisation du programme et des interventions, et à renforcer le suivi ainsi que les efforts de sensibilisation du public et d'appels de fonds.

Annexe 1

Sommaire des figures et des tableaux

Figure 1	Couverture actuelle et projetée pour différents services en 2001, 2003 et 2007
Figure 2	Ressources requises à l'échelle mondiale pour la prévention, les soins et le soutien aux orphelins
Figure 3	Répartition des besoins en financements en 2001 et 2007
Figure 4	Ressources globales requises pour chaque région
Figure 5	Ressources requises pour les activités de prévention
Figure 6	Répartition des besoins en financement à des fins de prévention – 2001 et 2007
Figure 7	Ressources mondiales requises pour les activités de soins et de traitements
Figure 8	Répartition des coûts relatifs aux soins et aux traitements – 2001 et 2007
Figure 9	Dépenses consacrées au VIH/SIDA dans les pays participant au programme, 1996-2001
Figure 10	Répartition régionale des dépenses de l'Aide publique au Développement (APD) effectuées par différents pays donateurs
Figure 11	Estimations financières de l'ONUSIDA relatives à des activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA, 1996-2005
Figure 12	Crédits engagés par le Fonds mondial ventilés selon la source
Figure 13	Sources identifiées de financement de la lutte contre le VIH/SIDA en 2002
Figure 14	Trois exemples de scénarios de partage des coûts entre les pays et la communauté internationale
Figure 15	Estimation des ressources disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA par le biais des différents circuits, 2001 à 2004 (Monde et Nigéria)
Tableau 1	Estimation de la couverture disponible en 2001 pour un échantillon sélectionné de services de santé dans les pays à revenu faible ou moyen
Tableau 2	Dépenses internationales consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA
Tableau 3	Dépenses internationales (effectives et projetées) en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA pour lesquelles des crédits sont ouverts et disponibles
Tableau 4	Débours (projections) effectués en 2002 par les principaux donateurs
Tableau 5	Crédits engagés par le Fonds mondial ventilés selon la source