Financement des sous-secteurs : VIH, nutrition et paludisme

CABRI

SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Document de référence

Conférence internationale sur le financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités

30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie

Dans ce document, nous examinons le financement et les problèmes liés au système sanitaire de trois grands programmes de santé, à savoir le paludisme, la nutrition et le VIH, qui relèvent des défis importants inhérents à la santé de la population et reçoivent donc une attention particulière de programmes mondiaux, financés et mis en œuvre, souvent de manière verticale. Nous commençons par décrire le défi de santé publique qu'ils représentent, puis nous décrivons dans ses grandes lignes la situation de financement avant de se focaliser sur le financement et les questions systémiques de la santé spécifiques à chacun de ces sous-secteurs.

VIH

En 2014, 25,8 millions de personnes en Afrique subsaharienne vivaient avec le VIH, ce qui représente presque 70 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde entier. 1,4 million de personnes ont été nouvellement infectées en Afrique subsaharienne en 2014. Le nombre de nouvelles infections en 2014 a reculé de 41 % par rapport à 2000 et le rythme auquel les nouvelles infections diminuent dans la région s'est accéléré au cours des dernières années.

Le nombre annuel de décès liés au sida a chuté de 42 %, depuis le pic de 2004, pour atteindre annuellement 1,2 million de décès dans le monde. La baisse des décès liés au sida a été particulièrement prononcée dans un certain nombre de pays à forte prévalence. Depuis 2010 les décès liés au sida ont diminué de 58 % en Afrique du Sud et de 52 % au Rwanda.

La baisse des décès liés au sida a des effets positifs profonds sur les résultats de santé et l'évolution démographique. L'espérance de vie en Afrique du sud est remontée à 61 ans en 2014, contre 52 ans en 2005, et les décès liés au sida en tant que pourcentage de la mortalité totale, sont passés de 51 % en 2005 à 31 % en 2014.

En s'appuyant sur ces succès tout en reconnaissant que le VIH demeure une menace importante pour la santé publique, l'ONUSIDA a récemment adopté un nouvel objectif : « mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 ». Le nouvel objectif est que d'ici 2030, 95 % des personnes vivant avec le VIH/sida connaîtront leur statut, 95 % des personnes séropositives recevront un traitement antirétroviral et 95 % des personnes sous traitement antirétroviral parviendront à un état de suppression virale.

Cette stratégie « d'accélération de la riposte » propose une accélération rapide des programmes de prévention et de traitement du VIH afin qu'en 2030, ces efforts se traduisent par une réduction des nouvelles infections à VIH pour faire passer leur nombre à moins de 200 000 chez les adultes et produisent des avantages totalisant plus de 3,2 billions USD — s'étendant au-delà de l'horizon 2030. Les efforts sont déployés au niveau mondial, mais se concentrent sur les 30 pays qui ensemble, sont responsables de plus de 89 % du total des nouvelles infections à VIH dans le monde.

Les objectifs de l'accélération de la riposte, requièrent une très grande déviation par rapport aux tendances programmatiques et de dépenses, en particulier en Afrique subsaharienne. Les investissements actuels consacrés au VIH dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire atteindront 22 milliards USD en 2015. Cette augmentation des ressources au cours des dernières années, provient en grande partie de la mobilisation des investissements nationaux des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Les dépenses internationales engagées pour lutter contre le VIH sont restées plutôt stables depuis 2010.

Toutefois, pour atteindre les objectifs de l'accélération de la riposte, les niveaux de dépenses actuels sont insuffisants et il faut mobiliser 12 milliards et 8 milliards USD supplémentaires respectivement d'ici à 2020 et 2030. L'Afrique subsaharienne aura besoin de la plus grande partie du financement mondial destiné au sida, avec 16 milliards de dollars US d'ici à 2020

La riposte au VIH en Afrique subsaharienne fait face à plusieurs défis de taille :

1. **Le paysage de financement de la lutte contre le VIH devrait changer radicalement au cours des 15 prochaines années.** La part des dépenses publiques consacrées au VIH augmente au fur et à mesure que les pays s'enrichissent. Dans les pays de la SADC à faible revenu, par exemple, les dépenses publiques représentent 20 % du total des dépenses pour le VIH ; ce chiffre est de 73 % dans les pays de la SADC à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. En revanche, la part de la dépendance vis-à-vis des donateurs diminue alors que les recettes augmentent. Alors que cette tendance s'observe globalement dans l'ensemble des pays, on constate que d'importantes différences existent entre pays. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne bénéficient pas tous d'une aide au développement destinée au VIH qui s'aligne sur leurs besoins financiers comparatifs pour lutter contre l'épidémie ; par ailleurs les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire n'affectent pas tous des dépenses publiques pour le VIH en fonction de la contribution du VIH à la charge de morbidité nationale. Étant donné que la part relative des sources de financement de la lutte contre le VIH actuelles variera au fil du temps, et verra une augmentation de la part des dépenses publiques, et que la plupart des pays africains ont amorcé un processus de transition épidémiologique, il faudra élaborer des stratégies nationales de financement en matière de VIH afin de faire en sorte qu'un financement adéquat soit disponible
2. **L'approche « de l'accélération de la riposte » pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 représente un défi de financement de taille, auquel les stratégies actuelles de financement de la lutte contre le VIH ne pourront pas faire face, car elles ne produisent pas suffisamment de ressources pour atteindre les objectifs de cette approche.** La Figure 1 montre les ressources nécessaires au financement de la riposte au VIH/sida dans l'ensemble des 15 pays de la SADC. La Figure 2 présente le déficit de financement, autrement dit la différence entre les ressources nécessaires et celles disponibles, si aucune stratégie de financement supplémentaire n'est élaborée. Ne pas atteindre les

Figure 1 : Total des besoins en ressources de la SADC pour riposter au VIH/sida (en M USD) et par niveau de revenu des pays (en % du PIB)

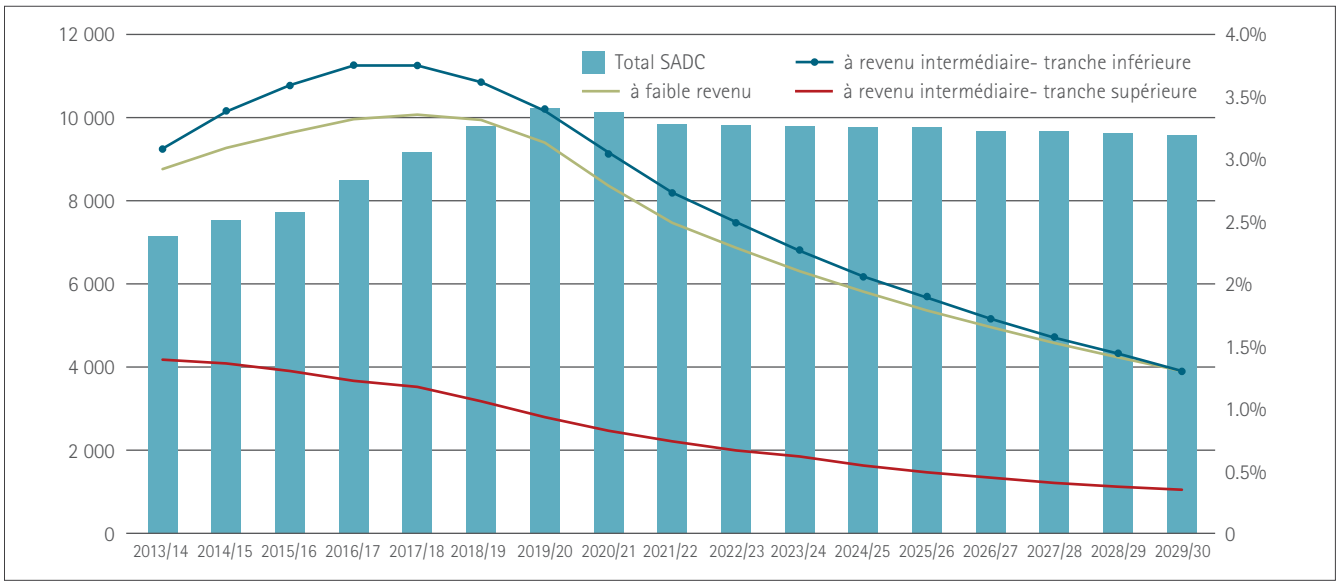
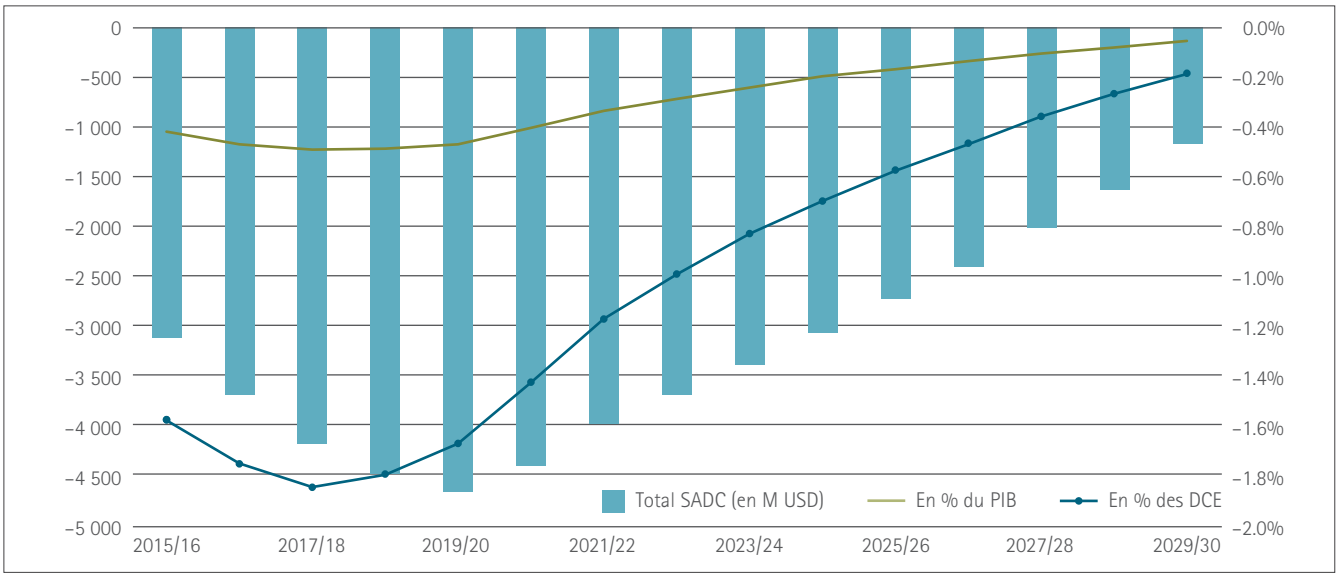


Figure 2 : Déficit régional des ressources de la SADC consacrées au VIH/sida en milliards USD (ou M USD) et en pourcentage du PIB et du budget national



objectifs de « l'accélération de la riposte » n'est pas souhaitable d'un point de vue du bien-être humain, mais risque également de compromettre les perspectives de croissance des économies africaines. Cette condition à son tour détermine un programme clair pour les deux ministères de la Santé et des Finances : pour identifier de manière concertée des stratégies en vue de s'assurer que les programmes de VIH soient exécutés comme prévu.

3. **La particularité des besoins en ressources pour l'accélération de la riposte tient au fait qu'ils sont « concentrés » et requièrent un financement accru à court terme, afin de mettre en œuvre une approche efficace (en ce qui concerne l'incidence du VIH, la morbidité et la mortalité liées au VIH) et économiquement efficiente à long terme.** Cette approche suggère qu'il est urgent d'élaborer des stratégies de financement de la lutte contre le VIH qui mobilisent suffisamment de ressources à court terme, car l'alternative n'est pas souhaitable tant du point de vue financier que du point de vue de la santé de la population.
4. **Les stratégies de financement de la lutte contre le VIH qui produisent suffisamment de ressources pour financer un système efficace de prestation de services en matière de VIH se fondent sur une combinaison des sources de financement suivantes : la redéfinition des priorités des dépenses publiques consacrées au VIH, l'amélioration de l'efficience de la prestation des services en matière de VIH et l'accroissement de l'espace budgétaire pour le VIH.**

ENCADRÉ 1 : OPTIMISER LA SANTÉ – LES GAINS D'EFFICIENCE ONT PERMIS DE FOURNIR DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX (ARV) À DAVANTAGE DE PERSONNES EN AFRIQUE DU SUD

L'Afrique du Sud a réformé son processus de passation des marchés d'ARV afin d'accroître la concurrence entre les fournisseurs et d'améliorer la transparence. Les gains obtenus se sont élevés à 4,7 milliards de rands (soit 640 millions USD) entre 2011 et 2012 ce qui a permis au gouvernement de traiter deux fois plus de personnes. Le nouveau système de passation des marchés de médicaments a permis de réaliser une réduction globale de 53 % des coûts d'antirétroviraux.

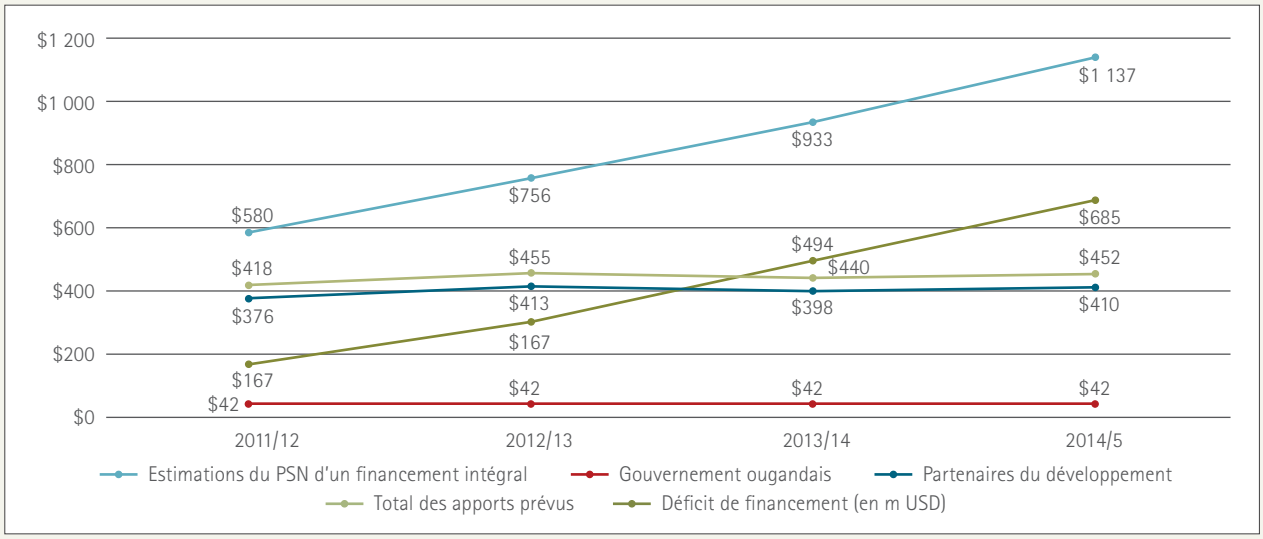
Source : ONUSIDA (2013). Efficient and Sustainable HIV responses : Case Studies on country progress (Réponses efficientes et durables au VIH : études de cas sur les progrès accomplis par le pays), page 11.

ENCADRÉ 2 : DÉFI POLITIQUE – LA RÉDUCTION DU DÉFICIT DE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH EN OUGANDA

L'Ouganda connaît une épidémie généralisée de VIH et a le taux de prévalence du VIH chez les adultes le plus élevé d'Afrique de l'Est. La prévalence de VIH a chute d'un pic de 18,5 % en 1992, à 7,3 % en 2013 mais reste plus élevé que celui des pays voisins – Kenya (6 %), Tanzanie (5 %), Rwanda (2,9 %) et Burundi (1,3 %).

Depuis 2011, le financement de la lutte contre le VIH provenant des donateurs et du gouvernement n'a pas augmenté (voir la Figure 3), et pourtant le pays est confronté à un besoin en ressources qui ne cesse d'augmenter. D'après le Plan stratégique national (PSN) ougandais, le déficit de financement de la lutte contre le VIH en Ouganda a augmenté de presque 300 % depuis 2011.

Figure 3 : Déficit ougandais de financement de la lutte contre le VIH selon un scénario de financement intégral



La recherche semble indiquer que si le gouvernement intervient en intensifiant le traitement et la prévention du VIH, les impacts économiques négatifs du VIH/sida (qui comprennent une hausse des coûts de production en raison de l'augmentation des salaires, de la baisse des taux de croissance du PIB et de l'accroissement de l'endettement national en pourcentage du PIB)) sont réduits (Kabajulizi & Ncube, 2015). Toutefois, les doutes exprimés quant à l'efficacité et à l'efficience des ripostes au VIH, font que les principales parties prenantes telles que le MdF sont peu disposées à accroître les dépenses publiques en VIH, compte tenu également des niveaux déjà élevés de dépenses. Deuxièmement, l'intensification de la riposte devra être financée principalement à partir des ressources intérieures (y compris les gains d'efficience). Pourtant, les gains d'efficience sont notoirement complexes à réaliser, et prennent du temps à passer par le processus budgétaire.

Sources: Kabajulizi, J., Ncube, M. (2015). The economy-wide impact of HIV/AIDS and the funding dilemma in Africa (L'impact du VIH/sida sur l'ensemble de l'économie et le dilemme de financement en Afrique). BSG Working paper series (Série de documents de travail BSG) ; Plan national stratégique 2011/12 -2014/15 pour le VIH/sida de l'Ouganda (révisé) (2012) ; HIV AND AIDS Uganda Country Progress Report (Rapport d'étape sur le VIH/sida de l'Ouganda) (2013).

ENCADRÉ 3 : COMPLEXITÉ INTERSECTORIELLE – L'AMPLEUR DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA NUTRITION EN TANZANIE

Un récent Examen des dépenses publiques (EDP) sur la nutrition en Tanzanie met en exergue la complexité de coordonner le financement de la nutrition. L'EDP a identifié quatre catégories de financement – le gouvernement (13,3 %), les donateurs (12,8 %), les organisations de la société civile (OSC) (44,7 %) et les agences indépendantes publiques (29,2 %).

Au sein du gouvernement seul, six ministères chargés d'activités nutritionnelles ont été identifiés (le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MdSSS) ; le ministère de l'Agriculture, de la Sécurité alimentaire et des Coopératives (MdASAC) ; le ministère de l'Éducation et la Formation professionnelle (MdEFP) ; le ministère de l'Eau (MdE) ; le ministère du Développement communautaire, du Genre et de l'Enfance (MdDCGE) et le ministère du Développement de l'Élevage et de la Pêche (MdDEP), tandis que pas moins de 35 partenaires du développement (PD) fournissent également un financement.

L'environnement politique n'était pas moins compliqué, avec 13 politiques, stratégies et plans spécifiques à la nutrition et 13 autres politiques sensibles à la nutrition. Il en a résulté un décalage considérable entre les priorités de la stratégie nationale de la nutrition (SNN) et l'affectation des fonds, comme le montre le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Alignement de l'affectation des ressources destinées à la nutrition sur les priorités nationales en Tanzanie

	Plan SNN en %		Affectation à la nutrition	
Stratégies	2011/12	2012/13	2011/12	2012/13
Accès à des services de nutrition de qualité	82%	80%	42%	34%
Plaidoyer & BCC	4%	4%	3%	4%
Coordination & partenariats	3%	2%	0%	0%
Capacités institutionnelles & techniques pour la nutrition	1%	1%	0%	2%
Législation pour un environnement favorable	3%	3%	48%	37%
Intégration de la nutrition dans les plans et les programmes nationaux et sectoriels	2%	2%	0%	2%
Recherche, suivi et évaluation	0%	3%	4%	17%
Mobilisation des ressources	5%	5%	3%	5%
Total	100%	100%	100%	101%

While the NNS strategy proposes nearly 80% of funding to be allocated towards accessing quality nutrition services, less than half was allocated to this strategy. Similarly, the NNS strategy proposes 3% to be allocated towards legislative support, but in 2011 for example, nearly half the nutrition allocation in Tanzania was towards legislative support. This multi-sector, multi-player nature of nutrition has led to a lack of clear point of accountability and it was found that coordination in the sector was generally weak at national level and almost non-existent at lower levels.

a. Redéfinition des priorités : Les dépenses publiques consacrées au VIH devront s'aligner sur la contribution du VIH à la charge globale de morbidité du pays.
b. La prestation de services en matière de VIH devra gagner en efficience, en obtenant davantage de résultats avec moins de ressources.
c. En attendant la mise en place de la réforme budgétaire générale afin d'accroître l'espace budgétaire, les gouvernements africains peuvent à court terme accroître l'espace budgétaire pour le VIH grâce à des mécanismes de financement innovant (voir le Document 6) ou à l'emprunt[1], et réserver cet espace budgétaire au VIH.

5. **Certains pays d'Afrique ne seront pas en mesure de trouver suffisamment de ressources au sein de leur économie pour financer adéquatement des réponses efficaces au VIH.** Les pays qui se trouvent dans cette situation ont de fortes chances d'être des pays à faible revenu, ayant une forte charge de morbidité attribuable au VIH. Ces pays devront avancer des arguments solides pour convaincre la communauté internationale des donateurs de leur apporter une aide financière supplémentaire pour lutter contre le VIH.
6. **Le VIH ne peut se concevoir indépendamment des réformes plus générales du système de santé, en particulier de la couverture maladie universelle.** Dans le document précédent (Les défis dans le financement des secteurs de la santé en Afrique), nous avons examiné les défis (et les opportunités) associés à des programmes de santé verticaux. Bien que chaque pays doivent évaluer individuellement les mérites relatifs d'une intégration plus poussée du VIH au sein du système plus général de santé, la couverture maladie universelle, qui prend de plus en plus une place prépondérante dans les politiques de santé nationales (voir le Document 4), donne des arguments convaincants en faveur de l'intégration des services en matière de VIH et santé, au moins en ce qui concerne le développement d'un ensemble de prestations. L'ensemble des prestations de base étayant la CMU précise quels services de santé, y compris les services en matière de VIH constituent les droits de la population qui seront offerts à l'ensemble de la population avec une protection financière. Les services relatifs au VIH devront être pris en compte dans les pays où la CMU est mise en place, notamment les pays où l'assurance sociale maladie est déployée.

En résumé, le VIH constitue une menace importante à la fois pour le bien-être de la population et pour le développement économique des pays connaissant des épidémies généralisées. Les stratégies de financement actuelles ne produisent pas suffisamment de ressources pour contrer de manière appropriée l'épidémie. Cependant, la plupart des pays pourraient mener des initiatives de politique budgétaire afin de combler le déficit de financement de la lutte contre le VIH, en combinant la création d'un espace budgétaire supplémentaire (par le biais de mécanismes de financement innovant) et l'affectation de recettes au VIH, la redéfinition des priorités des dépenses publiques pour le VIH conformément à la contribution du VIH à la charge de morbidité, et, les gains d'efficience technique.

Il n'incombe pas qu'au ministère de la Santé ou aux agences chargées de la coordination de la riposte au VIH de mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030. À cause de son impact sur le bien-être et l'économie, le VIH constitue un objectif politique national de haut niveau. Cet objectif définit donc un programme collaboratif entre les ministères des Finances et de la Santé, avec le soutien des agences chargées de la coordination du SIDA, en vue d'élaborer une stratégie de financement de la lutte contre le VIH à long terme qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie de financement de la CMU. Le ministère de la Santé identifie également des domaines où des gains d'efficience peuvent être faits et propose des indicateurs concrets clés de performance afin de suivre leur mise en œuvre, ce qui améliorera l'efficience et l'efficacité du système de prestation de services en matière de VIH. En contrepartie, les ministères des Finances, augmentent, lors de la réalisation des réformes axées sur l'efficience, les dépenses publiques en VIH, conformément à la stratégie de financement de la lutte contre le VIH à long terme.

Nutrition

La malnutrition touche une personne sur trois dans le monde et la dénutrition représenterait en 2013, 45 % ou 3,1 millions de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Les multiples charges de la malnutrition indiquent que cette dernière peut prendre diverses formes comme le retard de croissance chez les enfants, les carences en micronutriments (ou oligoéléments) et le surpoids chez les adultes. Les objectifs sur la nutrition de l'Assemblée mondiale pour la santé (AMS) à l'horizon 2025 et les objectifs de développement durable (ODD) visant à mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 exigent l'augmentation substantielle du financement des interventions destinées à améliorer la nutrition ainsi que de l'incorporation d'actions dans les secteurs clés.[2]

Il existe de nombreuses données probantes sur les avantages économiques de l'investissement dans la nutrition. Le Consensus

1 L'emprunt pour le VIH s'appuie sur l'observation que les déficits de financement de la lutte contre le VIH observés dans la plupart des pays ne souffrent pas d'un manque d'espace budgétaire, mais plutôt d'une répartition inadéquate de cet espace budgétaire au fil du temps. Au fur et à mesure que les économies progresseront, les pays disposeront de ressources suffisantes pour financer le programme de riposte au VIH. Toutefois, la logique de l'approche « d'accélération de la riposte » consiste à concentrer les investissements, en investissant de manière plus conséquente jusqu'en 2020. Les pays pourraient donc envisager de s'engager dans des programmes de financement du VIH par emprunt, si leur niveau de soutenabilité de la dette semble indiquer qu'il est prudent de le faire. Cet engagement se fera sans doute avec le soutien de la communauté internationale et des organisations telles que le Fonds mondial, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et l'Union européenne qui participent toutes à ce mécanisme.

2 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. 2015. Rapport 2015 sur la nutrition mondiale : mesures redevabilité en vue d'accélérer les progrès en matière de nutrition et de développement durable. Washington, DC. http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129443/filename/129654.pdf, and WHO 2014 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/ and http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/

ENCADRÉ 4 : CATÉGORISATION DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES ET SENSIBLES À LA NUTRITION

Les interventions spécifiques à la nutrition sont les 13 actions à impact élevé sur la nutrition telles que décrites dans la série d'études réalisées par The Lancet en 2013 sur la nutrition maternelle et infantile :

1. Promotion et appui à l'allaitement
2. Promotion de l'alimentation complémentaire (la fourniture de nourriture est décrite à l'intervention 12)
3. Lavage des mains avec du savon et promotion des comportements d'hygiène
4. Supplémentation en vitamine A
5. Suppléments préventifs en zinc
6. Poudres de micronutriments multiples
7. Vermifugation (ou déparasitage)
8. Prise de suppléments en fer et acide folique pour les femmes enceintes
9. Fortification en fer des aliments de base
10. Fortification du sel en iode
11. Suppléments d'iode
12. Prévention ou traitement de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants âgés de 6 à 23 mois
13. Traitement de la malnutrition aigüe sévère

Les interventions sensibles à la nutrition sont celles dont les principaux objectifs sont indirectement liés à la nutrition, mais où l'activité reflète un effort conscient pour améliorer l'état nutritionnel. Le mouvement SUN utilise le cadre conceptuel d'actions de l'UNICEF pour atteindre le développement optimal de nutrition fœtal et infantile. Ils comprennent ce qui suit:

- Agriculture : rendre des aliments nutritifs plus accessibles à tous, et soutenir les petites exploitations agricoles en tant que source de revenus pour les femmes et les familles ;
- Eau potable et assainissement : améliorer l'accès pour réduire les infections et les maladies ;
- Éducation et emploi : s'assurer que les enfants reçoivent la nutrition dont ils ont besoin pour apprendre et trouver un emploi décent à l'âge adulte ;
- Soins de santé : Accès aux services permettant aux femmes et aux enfants d'être en bonne santé ;
- Appui à la résilience: permettre à la population d'être en meilleure santé, plus forte et de connaître une prospérité durable afin qu'elle soit apte à mieux supporter les situations d'urgence et de conflit ; et,
- Autonomisation des femmes : Au centre de tous les efforts, les femmes sont responsabilisées afin de pouvoir prendre la tête de leurs familles et communautés, ce qui ouvre la voie à un monde plus sain et plus fort.

de Copenhague a conclu que « même dans des pays très pauvres comme l'Éthiopie et en utilisant des hypothèses très prudentes, un investissement d'un dollar dans la réduction de la malnutrition chronique permet un retour de 30 dollars », ce qui classe les interventions nutritionnelles au premier rang des investissements de développement les plus utiles. D'autres données probantes indiquent que dans 40 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le rendement de l'intensification des interventions nutritionnelles se traduirait par un rapport coûts- avantages dans une proportion de 16 à 1.[3,4]

Malgré ces données factuelles, la revue « The Lancet » dans sa série d'études 2013 sur la nutrition maternelle et infantile indique que le déficit mondial annuel de financement de la nutrition s'élèverait à environ 10 milliards USD. Ce chiffre est basé sur la mise à l'échelle (ou intensification) de 13 interventions nutritionnelles prouvées à partir des niveaux de couverture actuels pour atteindre une couverture complète de la population cible dans les 36 pays qui souffrent le plus de la charge de dénutrition.[5]

Lors du sommet « Nutrition pour la croissance » de juin 2014, les donateurs se sont engagés à affecter 4,1 milliards USD supplémentaires aux interventions spécifiques à la nutrition (celles qui traitent directement de la nutrition) pendant 7 ans jusqu'en 2020 et à investir 19 milliards USD supplémentaires dans des interventions sensibles à la nutrition (celles qui ont indirectement un impact sur la nutrition). Cependant l'acheminement de ces fonds vers les pays en développement n'est pas très clair et une partie de ces fonds devrait être collectée par le biais d'un financement de contrepartie. Les nouveaux mécanismes de financement pour la nutrition font actuellement l'objet d'un débat mondial dont les premiers résultats devraient être dévoilés à l'approche du sommet « Nutrition pour la croissance 2016 » qui aura lieu en juin à Rio de Janeiro, notamment le Mécanisme de financement mondial en soutien à l'initiative « Chaque femme, Chaque enfant » (GFF), le fonds « Power of Nutrition » et l'initiative UNITLIFE.[6,7] Le mouvement « Scaling-Up Nutrition » (SUN) est identifié comme l'une des institutions clés pour sensibiliser le public, canaliser les fonds et fournir un appui aux pays dans les efforts qu'ils déploient pour lutter contre la malnutrition.

Plusieurs défis majeurs en matière de financement du programme de nutrition peuvent être envisagés :

1. **Le financement de la nutrition est confronté en premier lieu à la difficulté de définir clairement le domaine de pertinence.** Les causes de malnutrition comprennent des facteurs que la plupart des gens associent généralement à la nutrition (par ex., le manque de micronutriments) ainsi que les facteurs qui influent sur le contexte plus général de la vie et de la santé (par ex., le manque d'accès à l'eau et le manque d'hygiène). Il est généralement reconnu que les interventions nutritionnelles peuvent être classées en interventions

3 Consensus de Copenhague 2012, http://www.copenhagenconsensus.com/copenhagen-consensus-iii/outcome

4 IFPRI (2015).

5 Lancet (2013) et Horton et coll. (2010).

6 Lewis (2014). Nutrition Aid Architecture (Architecture de l'aide à la nutrition). Results UK (Résultats du Royaume-Uni).

7 IFPRI (2015).

spécifiques à la nutrition (ou des activités nutritionnelles plus « directes ») et sensibles à la nutrition (ou des activités de nutrition plus « indirectes »). La délimitation spécifique entre les deux catégorisations n'est pas très nette (voir l'Encadré 4).

2. **La nature intersectorielle de la nutrition rend le financement et la prestation plus complexes** (voir l'Encadré 3). La composition multisectorielle de la nutrition signifie qu'elle ne tient pas compte des limites sectorielles traditionnelles telles que la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement et l'agriculture. Assurer la coordination et l'interaction entre ces secteurs est essentielle à la maximisation de l'impact du financement de la nutrition.
3. **La réponse à la malnutrition implique une approche multipartite.** Les programmes de nutrition, exigent un engagement de la part du secteur privé et des OSC ainsi que du secteur public. L'amélioration de la malnutrition dépasse la responsabilité du gouvernement. Un certain nombre d'interventions clés pour lutter contre la malnutrition dépendent dans une large mesure du rôle non seulement du secteur public, mais surtout du rôle que les communautés et le secteur privé assumeront.
4. **Le manque de mécanismes financiers de suivi des investissements dans la nutrition.** Les données sur le financement de la nutrition sont de piètre qualité. Il y a fort peu d'informations sur le montant de fonds provenant des budgets gouvernementaux qui sont destinés à la nutrition et très peu de pays disposent de mécanismes financiers de suivi de la nutrition.[8] Les efforts à cet égard se multiplient, même si la nature multisectorielle et multipartite des programmes risque de rendre cette tâche très difficile. De la même façon, le suivi des engagements et des données de couverture s'avère limité.

En résumé, le financement de la nutrition reste fragmenté, tant au niveau international qu'au sein des pays. Ce constat s'explique en partie par son caractère intersectoriel ainsi que par la réponse multipartite que requiert la malnutrition. Parallèlement, les donateurs internationaux et les pays doivent continuer à redoubler leurs efforts de suivi de leurs engagements et leurs dépenses au titre des interventions nutritionnelles afin de mieux comprendre les modèles de prestation d'intervention et les véhicules de financement.

Le contenu des interventions nutritionnelles doivent faire l'objet d'un consensus sur le plan mondial, notamment les interventions aussi bien spécifiques que sensibles à la nutrition.

Au sein des pays, de nombreuses agences publiques engagées prennent part à la politique et aux activités nationales de nutrition, y compris les ministères des Finances, de la Santé, de l'Éducation, de l'Agriculture, de l'Eau et de l'Assainissement, etc. Afin d'assurer l'alignement et la coordination, ils doivent travailler ensemble au développement d'un cadre commun de résultats. Le but de cette collaboration est de parvenir à un vaste accord pour définir à quoi de « bons » résultats de nutrition ressembleraient, et comment chaque partie prenante jouera un rôle dans le financement et la prestation de ses interventions.

En ce qui concerne le financement de la nutrition, les rôles du MdF et du MdS varient d'un pays à l'autre. Ces ministères peuvent agir en qualité de président ou coprésident d'une plateforme intersectorielle multipartite qui facilite ce travail. Dans certains pays, un Conseil national de la nutrition ou son équivalent assumant un rôle de coordinateur, peut avoir été mis en place. Toutefois, il est important que chaque ministère sectoriel et le ministère des Finances jouent un rôle actif dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques relatives au secteur de la nutrition, en apportant l'expérience qu'ils ont acquise lors du déroulement d'activités liées à la nutrition dans leur secteur.

Paludisme

L'Afrique doit faire face à la plus grande charge de morbidité du paludisme (environ 90 % de tous les décès sont imputables au paludisme) et reçoit la majeure partie du financement mondial pour lutter contre le paludisme (72 % en 2013). Les fonds internationaux affectés aux programmes de lutte contre le paludisme dans la région ont augmenté à un taux de 22 % au cours de la dernière décennie et l'emporte sur le financement national de la lutte contre le paludisme, dans une proportion de plus de 7 pour 1.[9] Les contributions du Fonds mondial et de l'USAID/PMI (Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme) représentent un peu plus des deux tiers du financement total de la lutte contre le paludisme. Les investissements soutenus au cours des dix dernières années ont conduit à des progrès remarquables en ce qui concerne les résultats obtenus en matière de santé : les taux de mortalité en Afrique ont diminué de 60 %[10] depuis 2000 et plus de 5 millions de vies ont été sauvées, la grande majorité représentant des enfants âgés de moins de cinq ans (Encadré 5).

La vision de l'OMS « pour un monde sans paludisme » cible l'élimination du paludisme suivie de l'éradication du paludisme dans tous les pays où la transmission du paludisme est endémique. À compter de décembre 2014, l'OMS a certifié que seuls quatre pays d'Afrique sont en train d'éliminer le paludisme : Cap-Vert (phase de pré-élimination), l'Algérie (élimination), l'Égypte (prévention de la réintroduction) et le Maroc (certifié exempt de paludisme en 2010). Sept autres pays sont en voie de réduire de 75 % l'incidence du paludisme entre 2000 et 2015, à savoir le Botswana, l'Érythrée, la Namibie, Sao Tomé-et-Principe, le Rwanda, l'Afrique du Sud et le Swaziland. Tous les autres pays se trouvent à différents stades de la lutte antipaludique.

La lutte contre le paludisme est l'une des interventions les plus rentables disponibles. Les retours sur investissement découlant de l'élimination du paludisme à l'horizon 2030 seraient de 40 pour 1 au niveau mondial et de 60 pour 1 rien qu'en Afrique.[11] Malgré ce

8 Picanyol, C (2014). « Y a-t-il une meilleure méthode de suivi des dépenses en faveur de la nutrition ? » dans le « Rapport 2014 sur la nutrition mondiale : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition », Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Washington, DC. Novembre..

9 Organisation mondiale de la santé (2014). Rapport 2014 sur le paludisme dans le monde.

10 OMS, *Unicef* (2015). Reversing the Incidence of Malaria 2000-2015:10 (Inverser l'incidence du paludisme entre 2000 et 2015 : 10).

11 Organisation mondiale de la santé au nom de Roll Back Malaria Partnership (Faire reculer le paludisme) (2015) Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030.

ENCADRÉ 5 : L'EFFET DU CONTRÔLE DU PALUDISME SUR L'INCIDENCE ET LA MORTALITÉ EN AFRIQUE ENTRE 2000 ET 2015

Il est estimé que le paludisme représente 9 à 10 % de la charge de morbidité de l'Afrique. Depuis 2000, il y a eu une campagne ciblée contre le paludisme, et entre 2000 et 2015, l'ADS (aide au développement de la santé) attribuée à la lutte contre le paludisme a augmenté de près de 200 %. La majeure partie de ce financement a été consacrée à l'Afrique subsaharienne, qui porte une charge de morbidité disproportionnée (89 % des cas de paludisme et près de 91 % des décès mondiaux dus au paludisme se produisent en Afrique subsaharienne, et la majorité (70 %) sont des enfants de moins de cinq ans).

Le renforcement d'un financement accru pour lutter contre le paludisme a entraîné des gains considérables contre l'incidence et la mortalité du paludisme. Deux études récentes, utilisant des méthodologies différentes, ont présenté des conclusions qui corroborent sur l'efficacité de la lutte contre le paludisme depuis 2000.

Bhatt et. coll. (2015) ont établi un lien entre une vaste base de données des enquêtes sur le terrain de la lutte contre le paludisme et des reconstitutions détaillées de l'évolution de la couverture des interventions antipaludiques afin d'évaluer directement les tendances entre 2000 et 2015 et de quantifier l'effet attribuable aux efforts de lutte contre le paludisme. À l'aide d'un modèle probabiliste, ils trouvent que le paludisme transmis par le Plasmodium falciparum a été réduit de moitié et l'incidence de la maladie clinique a chuté de 40 % entre 2000 et 2015. En outre, ils estiment que les interventions ont évité 663 millions (intervalle de crédibilité 542 à 753) de cas clinique depuis 2000. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), l'intervention la plus répandue, a été de loin la plus importante contributrice (68 % des cas évités).

Une seconde étude, (OMS, 2015) estime qu'entre 2000 et 2015, l'incidence du paludisme a diminué de 37 %, tandis que les décès imputables au paludisme ont diminué de 60 % parmi la population dans son ensemble et de 65 % chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Au total, l'OMS estime qu'au cours de cette période de 15 ans, environ 5,2 millions de décès ont été évités en Afrique.

Les interventions actuelles de lutte contre le paludisme ont donc fortement réduit l'incidence du paludisme sur l'ensemble du continent.

Sources : Bhatt et. coll. 2015. The effect of malaria control on Plasmodium falciparum in Africa between 2000 and 2015 (« L'effet du la lutte contre le paludisme à Plasmodium falciparum en Afrique entre 2000 et 2015 »). & OMS, Unicef (2015). Reversing the Incidence of Malaria 2000-2015:10 (Inverser l'incidence du paludisme entre 2000 et 2015:10).

constat, le financement national de la lutte contre le paludisme est resté relativement constant dans les pays où le paludisme est endémique dans leur ensemble et a connu une croissance modeste dans la région africaine au rythme annuel moyen de 4 % au cours des dix dernières années.

Plusieurs défis majeurs en matière de lutte contre le paludisme peuvent être envisagés :

1. **Le financement total de la lutte contre le paludisme jusqu'à présent a été bien en deçà des besoins estimés et le déficit de financement risque d'augmenter.** Le financement total antipaludique en 2013 ne représentait environ que la moitié des 5,1 milliards USD des besoins estimés. Malgré les attentes de l'augmentation des engagements au cours des prochaines années à la fois multilatéraux (par exemple, le Fonds mondial) et de la part des donateurs privés,[12] les projections disponibles semblent indiquer que même en se basant sur des hypothèses optimistes [l'engagement soutenu des donateurs conformément à leur engagement d'affecter 0,7 % de leur RNB (revenu national brut) à l'APD et l'établissement de priorités nationales dans les pays où le paludisme est endémique], le déficit mondial de financement antipaludique excéderait toujours plus de 500 millions USD en 2020. La stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS a estimé que le coût annuel de la mise en œuvre du programme passerait de 5,1 milliards USD actuellement, à 8,7 milliards USD en 2030 afin d'atteindre la cible d'une réduction des taux d'incidence et de mortalité de 90 %.[13] Ce montant viendra s'ajouter aux investissements dans la recherche et le développement antipaludiques qui sont estimés en moyenne à 670 millions USD par an.
2. **La majorité des fonds internationaux pour les programmes de lutte contre le paludisme est concentrée dans les pays dont les efforts sont axés sur le contrôle du paludisme**. Compte tenu de la nécessité d'assurer le financement jusqu'à réaliser l'élimination du paludisme, le stade de contrôle/élimination du paludisme d'un pays donné a des implications pour le mélange des options de financement disponibles pour les programmes antipaludique. Le Fonds mondial, par exemple, a investi de manière minimale dans les pays dont les efforts sont axés sur l'élimination du paludisme (< 10 % des décaissements) et son nouveau modèle de financement (NFM) en vigueur depuis 2012, se concentre sur les pays à faible revenu et ayant une charge de morbidité élevée, à l'exception de deux initiatives régionales, qui ne sont ni l'une ni l'autre en Afrique (en Amérique latine et dans le Delta du Mékong). S'il est vrai que les pays qui éprouvent des difficultés à contrôler la transmission du paludisme ont la charge de morbidité la plus importante et affichent proportionnellement des besoins conséquents de financement, il existe aussi de nombreux précédents de la résurgence du paludisme en raison de l'abandon de la priorité

12 La Fondation Bill et Melinda Gates a annoncé à la fin 2014 une augmentation de 30 % de leurs dépenses pour lutter contre le paludisme. Ces dépenses comprenaient 150 millions USD destinés au développement d'un vaccin contre le paludisme et 29 millions USD destinés à l'élimination du paludisme en Afrique australe et dans la sous-région du Grand Mékong.

13 Organisation mondiale de la santé (2015). Global technical strategy for malaria 2016-2030 (La stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030).

accordée à la lutte contre cette maladie une fois que les progrès accomplis ont été jugés « suffisants »[14] par ex., le Sri Lanka. En tant que tels, les pays dont les efforts sont axés sur l'élimination du paludisme auront tout autant besoin de financement que les autres pays, mais devront être plus aptes à identifier des sources de financement.

3. **Les gouvernements africains subiront une pression croissante pour trouver des solutions qui leur permettent d'accroître le financement des programmes de contrôle et d'élimination du paludisme.** Tout d'abord, compte tenu du fait que le NMF du Fonds mondial donne la priorité aux pays à faible revenu et requiert (et soutient) que les gouvernements bénéficiaires augmentent leurs contributions nationales de 15 %, l'effort d'accroissement du financement national s'intensifiera et les pays à revenu intermédiaire recevront moins de fonds pour la lutte antipaludique qu'auparavant. Deuxièmement, plusieurs pays africains à faible revenu devraient passer d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu intermédiaire avant 2025 et devraient donc perdre leur éligibilité au soutien du Fonds mondial. Parmi eux, le Tchad, le Kenya, le Rwanda, le Mozambique et le Zimbabwe. Troisièmement, d'autres principaux donateurs bilatéraux dans la lutte contre le paludisme, comme les gouvernements australien et japonais ont concentré jusqu'ici leurs contributions ailleurs et ne devraient pas intensifier leurs contributions dans un proche avenir.

En résumé, le financement international de la lutte contre le paludisme semble rester sur une trajectoire de croissance stable, quoique considérablement en deçà des besoins estimés, et le rôle du financement national pour soutenir la lutte contre le paludisme risque d'augmenter, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire et dans les pays dont les efforts sont axés sur l'élimination du paludisme. Plusieurs options ont été formulées pour permettre aux gouvernements de maîtriser cette situation.[15] Elles peuvent être regroupées sous deux rubriques à savoir le financement national et l'engagement des donateurs.

- Financement national
  - Examiner la mise en place de mécanismes régionaux de financement qui mettent en commun les fonds des gouvernements, des donateurs et des autres sources de financement. Les gouvernements nationaux auraient le rôle principal de gestion et de contribution financière dans ce mécanisme. Le principal avantage tient au fait que ces mécanismes régionaux de financement de la lutte contre le paludisme existent ailleurs [l'Initiative d'élimination du paludisme en Amérique centrale et dans les Caraïbes (EMMIE), le Fonds de lutte contre le paludisme dans la péninsule arabique] et que des enseignements peuvent en être tirés. Les inconvénients sont liés au temps nécessaire pour mettre en place avec efficacité une telle structure transnationale et aux coûts d'établissement de structures efficaces de gouvernance.
  - Faire un meilleur usage des fonds existants de lutte contre le paludisme. Une option consiste à lier les informations nationales et infranationales sur le risque de paludisme aux décisions d'affectation des ressources. Pour le moment, très peu de pays (par exemple, la Zambie, le Zimbabwe, la Somalie et le Kenya) fournissent des éléments probants qui permettent d'attester que les données sur la variation géographique des risques de paludisme, au niveau de l'unité décisionnelle, orientent les plans et le financement de la lutte contre le paludisme.[16] Une autre option consiste à envisager avec prudence l'intégration des services dans la mesure du possible, du fait que de nouvelles données probantes indiquent l'orientation vers une prestation efficace et rentable des services.[17, 18]
- Engagement des donateurs
  - S'appuyer sur des dossiers d'entreprise existants au niveau mondial relatifs à l'élimination du paludisme, en développant des dossiers d'entreprise au niveau régional et propres à chaque pays concerné en vue de soutenir la cause d'un financement durable devant les donateurs.
  - Défendre le droit de lier les contributions nationales aux fonds de contrepartie des donateurs internationaux. Un exemple connexe récent est le Fonds de contrepartie de GAVI pour la vaccination, où les contributions du secteur privé sont égalées par le DfID et la Fondation Bill et Melinda Gates.
  - Maintenir l'intérêt des donateurs bilatéraux existants qui s'intéressent particulièrement à la lutte contre le paludisme (l'Australie et le Japon) afin d'attirer leur investissements en frique.
  - Collaborer avec de nouveaux donateurs gouvernementaux (par ex., la Malaisie et la Corée du Sud) et les attirer pour qu'ils contribuent aux activités de contrôle et d'élimination du paludisme en Afrique.

14 Cohen JM, Smith DL, Cotter C, Ward A, Yamey G, et coll. (2012) Malaria Resurgence: A systematic review and assessment of its causes (La résurgence du paludisme : une revue et une évaluation systématiques de ses causes) . Malaria Journal (Revue sur le paludisme) 11 (122). doi: 10.1186/1475-2875-11-122.

15 Kumar K, Pigazzini A, Stenson B (2013) Financing for Malaria Elimination (Financement de l'élimination du paludisme). Cambridge Economic Policy Associates. Disponible en ligne sur le lien : http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/ghg/mei-financing-malaria-elimination.pdf, consulté le 9 octobre 2015.

16 Omumbo JA, Noor, AM, Fall IS, Snow RW (2013) How Well Are Malaria Maps Used to Design and Finance Malaria Control in Africa (À quel point les cartes sur le paludisme sont-elles utilisées pour concevoir et financer le contrôle du paludisme en Afrique)? PLoS One DOI: 10.1371/journal.pone.0053198.

17 Johnson AD, Thomson DR, Atwood S et coll. (2013) Assessing Early Access to Care and Child Survival during a Health System Strengthening Intervention in Mali: A Repeated Cross Sectional Survey (Évaluer l'accès rapide aux soins et la survie de l'enfant au cours d'une intervention de renforcement d'un système de santé au Mali : une enquête transversale répétée). PLoS One DOI: 10.1371/journal.pone.0081304.

18 Kahn JG, Muraguri N, Harris B et coll. (2012) Integrated HIV Testing, Malaria, and Diarrhea Prevention Campaign in Kenya: Modelled Health Impact and Cost-Effectiveness (Campagne intégrée du dépistage du VIH, de la prévention du paludisme et de la diarrhée au Kenya : modélisation de l'impact sanitaire et du rapport coût-efficacité). PLoS One DOI: 10.1371/journal.pone.0031316.

CABRI

SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Pour tout renseignement sur l'Initiative Africaine Concertée sur la Réforme Budgétaire (CABRI) veuillez contacter :
CABRI Secretariat, PostNet Suite 314, Private Bag X06, Pretoria 0001, South Africa
Tel : +27 12 492 0022
www.cabri-sbo.org

Remerciements
Les documents de référence de la conférence de CABRI « Financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités » ont été préparés par Adrian Gheorghe, Alina Lipcan, Clara Picanyol, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens et Sophie Witter.
Les commentaires et contributions de Nana Boateng (CABRI) ont été fort appréciés. Auteur principal : tomas.lievens@opml.co.uk